Приложение

 к Правилам финансового обеспечения

 предупредительных мер по сокращению

производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников

 и санитарно-курортного лечения работнико

 занятых на работах с вредными и (или) опасными

 производственными факторами, утвержденным

 приказом Министерства труда и социальной

 защиты Российской Федерации

 от 10 декабря 2012 г. N 580н

 **План**

**финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению**

**производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников**

**и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными**

**и (или) опасными производственными факторами**

 **ООО «Новые просторы» в 2019г.**

 **(наименование страхователя)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **N п/п** | **Наименованиепредупредительных мер**  |  **Обоснование для проведения предупредительных мер (коллективный договор, соглашение по охране труда, план мероприятий по улучшению условий и охраны труда)**  | **Срок исполнения**  |  **Единицы измерения**  | **Коли- чество**  |  **Планируемые расходы, руб.**  |
| **всего**  |  **в том числе по кварталам**  |
|  **I**  | **II**  |  **III**  |  **IV**  |
|  **1**  |  **2**  |  **3**  |  **4**  |  **5**  |  **6**  |  **7**  |  **8**  |  **9**  |  **10**  |  **11**  |
| **1.** | **Проведение специальной оценки условий труда** | **План мероприятий по улучшению условий охраны труда, оздоровлению и снижению уровней профессиональных рисков** |  **IV** | **Рабочих мест** | **91** | **143 250** |  |  |  | **143 250** |

**Руководитель: Главный бухгалтер:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов И.И. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов И.И.**

 **(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год М.П.**

**СОГЛАСОВАНО**

**Директором филиала 34 ГУ – МОРО ФСС РФ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование территориального органа Фонда социального страхования (подпись) (Ф.И.О.) Российской Федерации)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год М.П.**