Форма СЗИ-ТД

 Сведения о трудовой деятельности работника

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NN пп | Наименование организации/индивидуального предпринимателя | Сведения о трудовой деятельности работника |
| Дата (число, месяц, год) приема, перевода, приостановления, увольнения | Вид мероприятия (прием; перевод; приостановление; увольнение) | Наименование | Основание |
| Должность, специальность, профессия, квалификация | Структурное подразделение | Статья, пункт федерального закона, причины при увольнении |
| Наименование документа | Дата | Номер документа |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должность уполномоченного лица (Подпись) (Ф.И.О.)

 М.П. (при наличии)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. Для пересылки в электронном виде документ

 (дата) подписывается квалифицированной электронной

 подписью уполномоченного лица