

Приложение N 1  
к постановлению Министерства  
труда и социального развития  
Российской Федерации  
от 24.10.2002 N 73 (в редакции  
приказов Минтруда России  
от 20.02.2014 N 103н  
и от 14.11.2016 N 640н)

Форма 2

Форма Н-1

Один экземпляр направляется  
пострадавшему или его доверенному лицу

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы работодателя (его представителя))

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Печать  
(при наличии печати)

**АКТ N \_\_\_\_\_**  
**о несчастном случае на производстве**

1. Дата и время несчастного случая \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год и время происшествия несчастного случая,  
количество полных часов от начала работы)

2. Организация (работодатель), работником которой является (являлся) пострадавший  
\_\_\_\_\_  
(наименование, место нахождения, юридический адрес, ведомственная и  
отраслевая принадлежность /код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД/; фамилия,  
инициалы работодателя - физического лица)

Наименование структурного подразделения \_\_\_\_\_

3. Организация, направившая работника \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, место нахождения, юридический адрес, отраслевая принадлежность)

4. Лица, проводившие расследование несчастного случая: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилии, инициалы, должности и место работы)

5. Сведения о пострадавшем:  
фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
пол (мужской, женский) \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_  
профессиональный статус \_\_\_\_\_  
профессия (должность) \_\_\_\_\_  
стаж работы, при выполнении которой произошел несчастный случай \_\_\_\_\_  
(число полных лет и месяцев)  
в том числе в данной организации \_\_\_\_\_  
(число полных лет и месяцев)