

Председателю комиссии по социальному  
страхованию ПАО «Океанрыбфлот»

Подольскому Е.П.

От \_\_\_\_\_  
(должность, подразделение)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

Объяснительная

\_\_\_\_\_  
(Дата, время получения травмы, в рабочее/нерабочее время, отпуск, отгулы, выходной день)

\_\_\_\_\_  
(место происшествия, адрес)

\_\_\_\_\_  
(обстоятельства произошедшего)

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

\_\_\_\_\_  
(в какое мед. учреждение обращались)

\_\_\_\_\_  
(диагноз)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(роспись) (расшифровка)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**ДЛЯ СКОРЕЙШЕЙ ОПЛАТЫ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕОБХОДИМО  
ЗАПОЛНИТЬ ОБЪЯСНИТЕЛЬНУЮ ТОЧНО В СООТВЕТСТВИИ С ПОДСТРОЧНЫМ ТЕКСТОМ!**