



**МИНИСТЕРСТВО
ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
Ставропольского края**

Лермонтова ул., 206-А, г.Ставрополь, 355002
Телефон (8652) 75-09-59, факс 35-06-79, 35-16-80

E-mail: socio@minsoc26.ru

от 12.12.18 № 4
на № _____ от _____

« 12 »

декабря
(дата составления акта)

2018 г.

17:20 час.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

министерством труда и социальной защиты населения Ставропольского края государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья»

№ 4

По адресу/адресам:	Ставропольский край, г.Ставрополь, ул.Авиационная, 57 <small>(место проведения проверки)</small>
--------------------	---

На основании: распоряжения министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 27 ноября 2018 года № 552-р
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена плановая, выездная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья», директор – Тютин Екатерина Алексеевна
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

« » 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность

« » 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: один рабочий день/7 часов
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством труда и социальной защиты населения Ставропольского края
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен (ы):
(заполняется при проведении выездной проверки)

директор государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья»

Тютин Екатерина Алексеевна ✓ [Подпись]
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

12.12.2018 10:00


Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: главный специалист отдела социальной семьи и детей министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края Волобуева Светлана Олеговна, начальник отдела реабилитации и социальной интеграции министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края Катаев Анатолий Вячеславович

(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку, в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее — при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

директор государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья» Тютин Екатерина Алексеевна 

(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки: _____

(с указанием характера нарушений, лиц, допустивших нарушения)

(с указанием характера нарушений, лиц, допустивших нарушения)

выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям

(с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): _____

нарушений не выявлено _____

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

 Катаев А.В.

Волобуева С.О.

(подпись проверяющего)



Тютин Е.А.

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку: _____ Катаев А.В.
Волобуева С.О.

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):
директор государственного бюджетного учреждения социального обслуживания
«Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограни-
ченными возможностями здоровья» Тютина Екатерина Алексеевна
(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

« 12 » декабря 2018 г.



Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)