



**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 _____ № _____
на № _____ от _____

Министерство труда и социальной защиты населения Ставропольского края

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

пер. Дорожный, д. 15, пос. Софиевский
городок, Ипатовский р-н

(место составления акта)

« 26 » октября 2016 г.

(дата составления акта)

17-00
(время составления акта)

**АКТ ПРОВЕРКИ
органом государственного контроля (надзора), органом муниципального
контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя**

№ 6

По адресу/адресам: пер. Дорожный, д. 15, пос. Софиевский городок, Ипатовский р-н,
Ставропольский край,

(место проведения проверки)

На основании: распоряжения министерства труда и социальной защиты населения
Ставропольского края от 22 сентября 2016 года № 338-р

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена плановая, выездная, проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания
населения «Софиевский психоневрологический интернат»,

(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: два рабочих дня / 16 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 (а): (заполняется при проведении выездной проверки) директор ГБУСОН «Софиевский психоневрологический интернат»
– Аксенова Н.И., ИИ орган исполнительной власти номер номер
номер 25.10.2016г 10:00 ИИ
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:
согласование не требуется
(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: начальник отдела организации стационарного обслуживания населения министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края Сальников Владимир Иванович и главный специалист отдела организации стационарного обслуживания населения министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края Яремчук Оксана Николаевна
(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку, в случае привлечения к участию в работе в качестве эксперта, 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 ГБУСОН «Софиевский психоневрологический интернат» Аксенова Наталья Ивановна
(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):

Сальников В.И.

Яремчук О.Н.

(подпись проверяющего)

(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: Сальников В.И.

Яремчук О.Н.

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

Аксенова Наталья Ивановна – директор ГБУСОН «Софиевский психоневрологический интернат»

(фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«30» сентября 2016 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)