



**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 26.08.2017 № 399-11

на № _____ от _____

Министерство труда и социальной защиты населения Ставропольского края

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

Красногвардейский район, с. Преградное,
ул. Школьная, д. 23

(место составления акта)

«26» августа 2017 г.

(дата составления акта)

17-00 з

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 6

По адресу/адресам: 356040, Ставропольский край, Красногвардейский район,
с. Преградное, ул. Школьная, д. 23

(место проведения проверки)

На основании: распоряжения министерства труда и социальной защиты населения
Ставропольского края от 23 августа 2017 года № 290-р

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

была проведена плановая, выездная, проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслужива-
ния населения «Преграденский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

(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:

1 день / 8 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 о проведении проверки ознакомлен (а): (заполняется при проведении выездной проверки) Директор государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания населения «Преградненский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

Сагателян П.И.

«26» 09 2017 г. 09⁰⁰ ч.Копию распоряжения получил в 1^{ой} половине
(фамилия, 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: главный специалист отдела организациистационарного обслуживания населения министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края Попова Анна Валерьевна 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 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 по кадрам ГБУСОН «Преградненский дом» Сагамова Т.В.

(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):

Попова А.В.

Яремчук О.Н.

(подпись проверяющего)

Директор ББГУСОН, Препроденский ДС

И.И. Сагателян
(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: Попова А.В.

Яремчук О.Н.

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

Сагателян Погос Исаакович – директор государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания населения «Препроденский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

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

«26» 09 2017 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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