



**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

« 14 » сентября 2017 г.
(дата составления акта)
16:30 час.
(время составления акта)

от _____ № _____
на № _____ от _____

АКТ ПРОВЕРКИ

министерством труда и социальной защиты населения Ставропольского края государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Изобильненский центр социального обслуживания населения»

№ _____ 4

По адресу/адресам: Ставропольский край, Изобильненский р-н, г. Изобильный, ул. Промышленная, 120-з
(место проведения проверки)

На основании: распоряжения министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края от 08 сентября 2017 года № 315-р
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

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

государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Изобильненский центр социального обслуживания населения»,
директор – Букреева Светлана Николаевна
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее — при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

« 14 » сентября 2017 г. с 10 час. 25 мин. до 16 час. 15 мин. Продолжительность 6 час

« » 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/6 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 «Изобильненский центр социального обслуживания населения»

Букреева С.Н. _____ 11.09.2017 17:00
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

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

номер плана в ФГИС СРП 2017075196

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: _____
начальник отдела социального обслуживания и адресной помощи населению министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края Чередниченко Л.М., главный специалист отдела социальной поддержки семьи и детей Волобуева С.О.

(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: Букреева С.Н. – директор государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Изобильненский центр социального обслуживания населения»

(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:

Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных законодательством Российской Федерации и законодательством Ставропольского края (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____

(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 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):

 Л.М.Чередниченко
С.О.Волобуева

(подпись проверяющего)

С.Н.Букреева
(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: Л.М.Чередниченко _____ *ЛМ*
С.О.Волбуева _____

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

директор государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Изобильненский центр социального обслуживания населения» Букреева С.Н.

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

«14» сентября 2017 г.

СК

(подпись)
М.П.



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