

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Деловая ул., д. 9,
Нижний Новгород, 603950

место составления акта

21 февраля 2019 г.

дата составления акта

11:00

время составления акта

АКТ ПРОВЕРКИ

министерством социальной политики Нижегородской области
Государственного казенного учреждения «Социально-реабилитационный центр для
несовершеннолетних «Вера» Московского района города Нижнего Новгорода»

№ 318-10-02-07/215

По адресу/адресам: Деловая ул., д. 9, Нижний Новгород, 603950

(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства социальной политики Нижегородской области

от 8 февраля 2019 г. № 79

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

была проведена _____ внеплановая документарная _____ проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного казенного учреждения «Социально-реабилитационный центр для
несовершеннолетних «Вера» Московского района города Нижнего Новгорода» (далее –
юридическое лицо), ИНН 5259059674

(наименование юридического лица)

Дата и время проведения проверки:

---- года с -- час - мин до -- час -- мин Продолжительность ----

---- года с -- час - мин до -- час -- мин Продолжительность ----

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица)

Общая продолжительность проверки: 4 рабочих дня: с 18 февраля 2019 г. (с 9:00)

по 21 февраля 2019 г. (11:00)

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством социальной политики Нижегородской области

(наименование органа государственного контроля (надзора))

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен (а):

(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

С приказом о проведении проверки ознакомлен (а):

(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования с органами прокуратуры)

Лицо (а), проводившее (ие) проверку:

Куликова Ольга Сергеевна, главный специалист отдела контроля качества социальных услуг
контрольно-ревизионного управления;

Пестова Юлия Олеговна, консультант отдела контроля качества социальных услуг контрольно-
ревизионного управления.

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

При проведении проверки присутствовали:

.....
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

.....

.....
 (с указанием характера нарушений, лиц, допустивших нарушения)

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзор а) (с указанием реквизитов выданных предписаний):

.....

Нарушений не выявлено

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

.....
 (подпись проверяющего)

.....
 (подпись уполномоченного представителя юридического лица)

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

.....
 (подпись проверяющего)

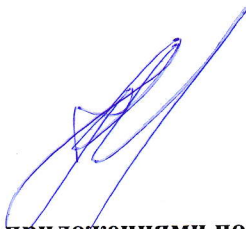
.....
 (подпись уполномоченного представителя юридического лица)

Прилагаемые к акту документы:

1. Отчет Государственного казенного учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера» Московского района города Нижнего Новгорода» об исполнении предписания министерства социальной политики Нижегородской области об устранении выявленных нарушений от 9 августа 2017 г. № 318-19-9129/17, выданного в ходе плановой выездной проверки с 3 августа 2017 г. по 9 августа 2017 г., с приложением подтверждающих документов на 370 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

консультант отдела контроля качества
 социальных услуг контрольно-ревизионного
 управления _____
 (должность)



_____ Ю.О.Пестова
 (ФИО)

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

« ____ » 2019 г.

.....
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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