

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

ул. Деловая, д. 9, г. Нижний Новгород, 603950
место составления акта

30 марта 2018 года
дата составления акта

17.00

время составления акта

АКТ ПРОВЕРКИ

**министерством социальной политики Нижегородской области
Государственного бюджетного учреждения «Комплексный центр
социального обслуживания населения Варнавинского района»
№ 318-10-02-07/155**

По адресу/адресам: ул. Деловая, д. 9, г. Нижний Новгород, 603950
(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства социальной политики Нижегородской области от 20 марта 2018 года № 110

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

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

Государственного бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения Варнавинского района» (далее – юридическое лицо), ИНН 5207000285
(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: 5 рабочих дней: с 26 марта 2018 года (с 9:00) по 30 марта 2018 года (17:00)
(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;

Прилукова Светлана Львовна, 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

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 (надзора) (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. Копия документа, подтверждающего полномочия руководителя юридического лица от 17 июля 2017 года № 153-л/гу на 1 л. в 1 экз.

2. Документ, подтверждающий полномочия руководителя юридического лица от 20 февраля 2018 года № 318-19-2002/18 на 1 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

главный специалист отдела контроля качества
 социальных услуг контрольно-ревизионного
 управления _____

(должность)

консультант отдела контроля качества
 социальных услуг контрольно - ревизионного
 управления _____

(должность)

О.С.Куликова
 (ФИО)

С.Л.Прилукова
 (ФИО)

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

Шалимова Марина Александровна, директор ГБУ «УСОН Барнаульского района» АИУ
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя/иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица)
 «30» марта 2018 Акт рассмотрен и согласован

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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