

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ  
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

18 сентября 2018 года  
дата составления акта

12:00

время составления акта

**АКТ ПРОВЕРКИ**

**министерством социальной политики Нижегородской области  
Государственного бюджетного учреждения «Комплексный центр  
социального обслуживания населения Ковернинского района»  
№ 318-10-02-07/190**

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

**На основании:** приказа министерства социальной политики Нижегородской области от 23 августа 2018 года № 457

(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 Ковернинского района» (далее – юридическое лицо), ИНН 5218005091.

(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:** 8 рабочих дней: с 7 сентября 2018 года (09:00)  
по 18 сентября 2018 года (12:00)

(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:**

Крылова Евгения Владимировна, 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 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 (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 10 января 2006 года № 2 на 1 л. в 1 экз.
2. Документ, подтверждающий полномочия руководителя юридического лица, от 15 августа 2018 года № 318-19-9347/18 на 1 л. в 1 экз.

**Подписи лиц, проводивших проверку:**

главный специалист отдела контроля качества социальных услуг контрольно-ревизионного управления \_\_\_\_\_  
 (должность)

Е.В.Крылова  
 (ФИО)

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

С.Л.Прилукова  
 (ФИО)

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

*Африканова Валентина Николаевна Директор ЕБЧ, Курган - Новороссийского*  
 (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица)  
 «18» сентября 2018 *Африканова*

**Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:**

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