



**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ  
КАМЧАТСКОГО КРАЯ**

683000, г. Петропавловск – Камчатский, ул. Советская, д. 35  
тел. (415-2) 42-18-11, 42-10-78, 42-10-76, факс (415-2) 41-21-54,  
электронный адрес [obraz@kamgov.ru](mailto:obraz@kamgov.ru)

г. Елизово  
(место составления акта)

«11» августа 2017 года  
(дата составления акта)  
13<sup>00</sup>  
(время составления акта)

**АКТ ПРОВЕРКИ № 49/Л-АЛ  
ОРГАНом ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ (НАДЗОРА) ЮРИДИЧЕСКОГО  
ЛИЦА, ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ**

По адресу/адресам 684000, Камчатский край, г. Елизово, ул. Санаторная,  
9  
(место проведения проверки)

На основании: приказа Министерства образования и науки Камчатского края от  
03 июля 2017 года № 3, изданного Министром образования и молодежной  
политики Камчатского края В.И. Сивак  
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

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

Краевого государственного автономного учреждения социальной защиты  
«Елизовский дом-интернат для умственно отсталых детей»  
(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

«\_\_» \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. до \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. Продолжительность \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 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: 6 рабочих дней – с 04 августа по 11  
августа 2017 года  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Министерством образования и молодежной политики  
Камчатского края  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения /приказа о проведении проверки ознакомлен(ы)  
(заполняется при проведении выездной проверки)

04 августа 2017 года, 10:00, Литвинова Анжелика Витальевна  
(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения  
проверки \_\_\_\_\_  
(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо (а), проводившие проверку:



Лещенко Анна Николаевна, консультант отдела надзора и контроля в сфере образования Министерства образования и молодежной политики Камчатского края

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных организаций указывается (фамилии, имена, отчества (последнее –при наличии), должности экспертов и/или наименование экспертных организаций)

При проведении проверки присутствовали: Литвинова Анжелика Витальевна, директор КГАУСЗ «Елизовский дом-интернат для умственно отсталых детей», действующий на основании приказа о заключении срочного трудового договора № 48-л от 18.05.2015 года;

Ходаева Эльвира Николаевна, начальник службы психолого-педагогической помощи и социально-трудовой реабилитации КГАУСЗ «Елизовский дом-интернат для умственно отсталых детей».

(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 муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): не выявлено.

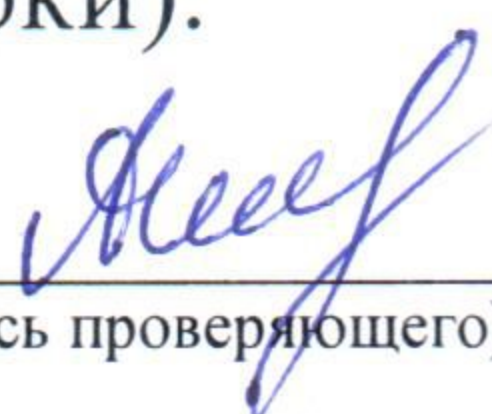
(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): не выявлено.

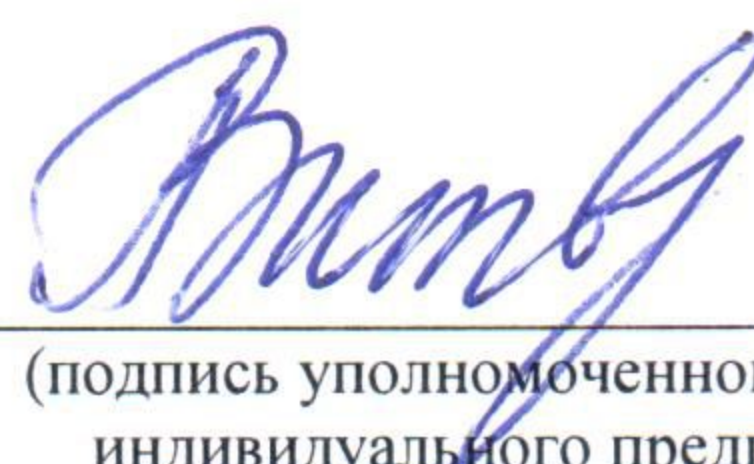
выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): не выявлено.

По итогам плановой документарной проверки Краевого государственного автономного учреждения социальной защиты «Елизовский дом-интернат для умственно отсталых детей» нарушений лицензионных требований и условий, установленных пунктами 6, 7 Положения о лицензировании образовательной деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 28.10.2013 № 966 «О лицензировании образовательной деятельности», 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):



(подпись проверяющего)



(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 документы:

1. Приказ Министерства образования и науки Камчатского края от 03.07.2017 № 3 «О проведении плановой выездной проверки юридического лица».
2. Запрос Минобрнауки Камчатского края в ФНС № 24.01/740 от 09.08.2017 года.
3. Копии штатного расписания и тарификационного списка на 2016-2017 учебный год.
4. Сведения об образовании, курсах повышения квалификации педагогических работников.
5. Справка о материально-техническом обеспечении образовательной деятельности.
6. Информация о наличии методической литературы, наглядных и учебных пособий.
7. Информация о контингенте обучающихся в Учреждении в 2016-2017 учебном году.

Подписи лиц, проводивших проверку:

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

*Акс*  
\_\_\_\_\_  
*Митвинов А. В.*  
*директор*  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность  
руководителя, иного должностного лица или уполномоченного  
представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его  
уполномоченного представителя)

*11 августа 2017*  
*Вит*  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: \_\_\_\_\_

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