

**ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Социальный фонд России)

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО  
ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ**

проезд Ухтомского, 5, Ярославль, 150049  
телефон (4852) 59-01-00, факс (4852) 59-02-82

к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 593

**Решение**

**о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами**

от 20.03.2023г.  
(дата)

№ 76002370000351

В соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"

Начальник управления организации администрирования страховых взносов  
Отделения Фонда пенсионного и социального

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
страхования Российской Федерации по Ярославской области

(наименование территориального органа страховщика)

Кваскова Ольга Валерьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая, неплановая, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОГО ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ  
ДЕТСКОГО САДА № 26**

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)


Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>7610034560</u>	,
Код подчиненности	<u>76001</u>	,
ИНН	<u>7610042068</u>	,
КПП	<u>761001001</u>	,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>152912, Молодогвардейцев ул., дом 6, Рыбинск г, Ярославская область</u>	

за период с 01.07.2020г. по 31.12.2022г.

2. Поручить проведение выездной проверки

Куликовой Татьяне Алексеевне - главному специалисту - эксперту  
 (должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием  
Отделения Фонда пенсионного и социального  
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)  
страхования Российской Федерации по Ярославской области  
 (наименование территориального органа страховщика)

Начальник управления  
 (должность руководителя (заместителя руководителя)  
 территориального органа страховщика)



(подпись)

Кваскова Ольга Валерьевна  
 (фамилия, имя, отчество (при  
 наличии))

Место печати  
 территориального органа  
 страховщика



С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страховат  
 сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также  
 принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные мер  
 сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санатс  
 курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производствен  
 факторами, ознакомлен

И.О. Заверженцев Квасова О.В.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного  
 представителя)



(подпись)

Место печати (при  
 наличии) страхователя

20.03.2023

(дата)