

Государственное учреждение - Вологодское региональное  
отделение  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33  
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22  
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 593  
Форма 1

**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 12.09.2022 (дата) № 35002270002671

В соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>

заместитель управляющего отделением  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации  
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)  
Суругина Анастасия Александровна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, 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

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СОКОЛЬСКОГО  
РАЙОНА" (БУ СО ВО "КЦСОН СОКОЛЬСКОГО РАЙОНА")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	<u>3500271003</u>	,
Код подчиненности	<u>35001</u>	,
ИНН	<u>3527003860</u>	,
КПП	<u>352701001</u>	,

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

162135, ОБЛАСТЬ  
ВОЛОГОДСКАЯ, РАЙОН  
СОКОЛЬСКИЙ, ГОРОД  
СОКОЛ, УЛИЦА БЕДНЯКОВА,  
ДОМ 33

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Евдокимовой Ирине Борисовне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(подпись)

А.А. Суругина

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации



С решением 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 ознакомлен

Черепанова Наталья Сергеевна

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

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

