

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Лермонтова, д. 15А, г. Вологда, Вологодская область, 160000
телефон 8 (8172) 57-19-01, факс (8172) 57 19 29,
e-mail: osfr@35.sfr.gov.ru, ОГРН 1023500873593,
ИНН/КПП 3525009217/352501001

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30 мая 2023 г.
№ 932

Форма

**Решение
о проведении выездной проверки**

от 09.06.2025
(дата)

№ 35002580001601

В соответствии с частью 1 статьи 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Сурогина 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) (нужное подчеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА №11 ИМЕНИ КАВАЛIERА ОРДЕНА МУЖЕСТВА
ПОДПОЛКОВНИКА УЗКОГО НИКОЛАЯ КЛАВДИЕВИЧА"**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>1059965390</u>
код территориального органа Фонда	<u>045</u>
ИНН	<u>3525082217</u>
КПП	<u>352501001</u>
адрес в пределах местонахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>160019, 160019, Россия, обл Вологодская, г Вологда, ул Чернышевского, дом 41</u>

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Ткачеву Юрию Владимировичу, Главному специалисту-эксперту

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

А.А. Сурогина

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя