

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

ул. Мамина-Сибиряка, стр.58, г. Екатеринбург, 620000  
телефон/факс (343) 298-35-39, факс (343) 298-35-40  
e-mail: obshiy@66.sfr.gov.ru  
ОКПО 20611148, ОГРН 1026605235623  
ИНН/КПП 6661009187/667001001

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

**Решение**  
**о проведении выездной проверки**

от 01.12.2025  
(дата)

№ 66052550001491

В соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

начальник отдела

(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 СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Кирыянова Ольга Федоровна**

(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):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) 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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАЧАЛЬНАЯ**  
**ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА - ДЕТСКИЙ САД № 42 МАЛЫШЕВСКОГО**  
**МУНИЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА (МАОУ ШКОЛА - САД № 42)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда

1027922010 ,

код территориального органа Фонда

075 ,

ИНН

6603011846 ,

КПП

668301001 ,

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

624286, обл. Свердловская,  
пгт Малышева, ул. Тимирязева,  
стр. 9А

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 2616 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

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

## 2. Поручить проведение выездной проверки

Лукиной Надежде Константиновне, Ведущему специалисту-эксперту

(должности, 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 СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Начальник отдела

(должность руководителя (заместителя  
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

Кириянова Ольга  
Федоровна

(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

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат 332483566976650359694979462271755682891  
Владелец Кириянова Ольга Федоровна  
Действителен с 31.07.2025 по 24.10.2026