

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения  
Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения  
по Амурской области  
**(Территориальный орган Росздравнадзора по Амурской области)**

место составления акта:  
Амурская область,  
Благовещенский район,  
с. Усть-Ивановка,  
ул. Больничная, д.2

дата составления акта:  
«05» июля 2019 г.  
время составления акта:  
12 ч.00 мин.

**АКТ ПРОВЕРКИ**

органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля  
юридического лица, индивидуального предпринимателя  
№ 76

По адресу:

Амурская область, Благовещенский район, с. Усть-Ивановка, ул. Больничная, д.2  
(место проведения проверки)

на основании приказа руководителя Территориального органа Росздравнадзора по  
Амурской области Г.А.Даниленко от 03.07.2019 №127

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая выездная проверка в отношении государственного автономного учреждения социального обслуживания Амурской области «Усть-Ивановский психоневрологический интернат» (ГАУ СО «Усть-Ивановский психоневрологический интернат»).

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество  
(последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

«05» июля 2019 г. с 10 час. 00 мин. до 12 час. 00 мин. Продолжительность 02 час. 00 мин.

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 1 рабочий день (05.07.2019).

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Амурской области

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки **ознакомлен(ы):** (заполняется при проведении выездной проверки): и.о.директора ГАУ СО «Усть-Ивановский психоневрологический интернат» Р.Г.Шмаков 04.07.2019 (вх.№01-06-457) и 05.07.2019 в 10.00 /

(фамилии, имена, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:  
не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лица, проводившие проверку:

Лысенко Марина Владимировна - старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения Территориального органа Росздравнадзора по Амурской области;



Борисова Ольга Михайловна - старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения Территориального органа Росздравнадзора по Амурской области.

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных организаций указываются (фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименование экспертных организаций) с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство).

При проведении проверки присутствовали: и.о. директора ГАУ СО «Усть-Ивановский психоневрологический интернат» Р.Г.Шмаков.

(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)

Проверено выполнение предписания от 03.04.2019 №16, выданного ГАУ СО «Усть-Ивановский психоневрологический интернат» в ходе внеплановой проверки, в части соблюдения медицинской организацией прав граждан в сфере охраны здоровья, порядков оказания медицинской помощи, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Срок выполнения предписания - до 01.06.2019.

**В ходе проведения проверки:**

- **Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):**

Не выявлено.

- **Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов):**

Предметом проверки не являлось.

- **Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний):**

Не выявлены. Предписание Территориального органа Росздравнадзора по Амурской области от 03.04.2019 №16 выполнено.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

М.В.Лысенко

О.М.Борисова

(подпись проверяющего)

Р.Г.Шмаков

(подпись уполномоченного представителя юридического лица)

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)

Прилагаемые документы: информация ГАУ СО «Усть-Ивановский психоневрологический интернат» об исполнении предписания от 03.04.2019 №16 (исх.№ 01-06-288 от 31.05.2019).

Подписи лиц, проводивших проверку:

Старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения  
М.В.Лысенко \_\_\_\_\_

Старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения  
О.М.Борисова \_\_\_\_\_

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

и.о. директора  
ГАУ СО «Усть-Ивановский  
психоневрологический интернат»  
Р.Г.Шмаков

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется),  
должность руководителя, иного должностного лица  
или уполномоченного представителя юридического  
лица)

«05» июля 20 19 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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