

УПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА, ЗАНЯТОСТИ И
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
В АЛЬМЕТЬЕВСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ
РАЙОНЕ

г.Алметьевск, К.Цеткин ул., д.54а, 423450
тел./факс (88553) 32-45-50
E-mail: Usz.Almet@tatar.ru

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ХЕЗМӘТ, ХАЛЫКНЫ ЭШ БЕЛӘН
ТӘЭМИН ИТҮ ҺӘМ СОЦИАЛЬ ЯКЛАУ
МИНИСТРЛЫГЫНЫҢ ӘЛМӘТ
МУНИЦИПАЛЬ РАЙОНЫНДАГЫ
СОЦИАЛЬ ЯКЛАУ ИДАРӘСЕ

Әлмәт ш., К.Цеткин ур., 54 йорт, 423450
тел./факс (88553) 32-45-50
E-mail: Usz.Almet@tatar.ru

№ _____
На № _____ от _____

« 27 » _____ ноября _____ 20 19 г.

(дата составления акта)

10.00 ч.

(время составления акта)

г. Альметьевск, ул. К.Цеткина, д.54 а

(место составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ № 15

Управления социальной защиты Министерства труда, занятости и
социальной защиты Республики Татарстан в Альметьевском муниципальном
районе

По адресу: г. Альметьевск, ул. К.Цеткина, д.54 а

(место проведения проверки)

На основании: Приказа Министерства труда, занятости и социальной
защиты Республики Татарстан от 08 ноября 2019 года № 950 была
проведена документарная проверка в отношении:

МБДОУ «ЦРР-Д/С № 1 «Бэлэкэч»

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

Общая продолжительность проверки: 3 дня

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Управлением социальной защиты Министерства труда,
занятости и социальной защиты Республики Татарстан в Альметьевском
муниципальном районе

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

С копией приказа от 08 ноября 2019 года № 950 о проведении плановой
документарной проверки ознакомлен (заполняется при проведении выездной
проверки): _____

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: