

Министерство здравоохранения Хабаровского края

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

г. Хабаровск, пер. Благодатный, 6

(место составления акта)

“ 21 ” апреля 20 16 г.

(дата составления акта)

12-00

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

№ _____ б/н

По адресу/адресам: г. Хабаровск, пер. Благодатный, 6

(место проведения проверки)

На основании:

Распоряжения министра здравоохранения Хабаровского края Витько Александра Валентиновича от 28.03.2016 № 333-р по заявлению от 28.03.2016 № ЛО-27-01-000062-16

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

была проведена _____ внеплановая **выездная** предлицензионная _____ проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

**краевого государственного бюджетного общеобразовательного учреждения, реализующего
адаптированные основные общеобразовательные программы "Школа-интернат № 2"**(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ 21 ” апреля 20 16 г. с 10 час. 00 мин. до 12 час. 00 мин. Продолжительность 2 ч. 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 час 00 мин

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: _____ Отделом лицензирования министерства здравоохранения Хабаровского края

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

О проведении проверки уведомлен заблаговременно 20.04.2016 _____

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении выездной проверки)

Заведующая медицинским подразделением КГБОУ ШИ 2 Сивова Галина Николаевна _____

(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: Данилова Людмила Ивановна – консультант отдела лицензирования министерства здравоохранения Хабаровского края, Красикова Валентина Борисовна - врач-методист КГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края, свидетельство об аккредитации от 03.03.2014 № 9, выдано на

основании распоряжения министерства здравоохранения Хабаровского края от 03.03.2014 № 244-р.

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

При проведении проверки присутствовали:

Заведующая медицинским подразделением КГБОУ ШИ 2 Сивова Галина Николаевна

индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

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

не выявлено

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

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

не выявлено

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

не выявлено

нарушений не выявлено:

В ходе проверки установлено: наличие у лицензиата учредительных и регистрационных документов; помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям; материально-технического оснащения, в т.ч. оборудования, медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям; руководителя, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, имеющего высшее профессиональное медицинское образование, послевузовское или дополнительное профессиональное (медицинское) образование и стаж работы по специальности не менее 5 лет; специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ и услуг; договора с организацией, имеющей лицензию на техническое обслуживание медицинской техники.

По результатам проверки комиссия приходит к выводу о наличии у **краевого государственного бюджетного общеобразовательного учреждения, реализующего адаптированные основные общеобразовательные программы "Школа-интернат № 2"** возможностей для выполнения лицензионных требований и условий, предусмотренных п. 4, 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012г. № 291

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

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

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,
индивидуального предпринимателя, его уполномоченного
представителя)

Прилагаемые к акту документы:

Распоряжение МЗ ХК от 28.03.2016 № 333-р, материалы проверки

Подписи лиц, проводивших проверку: Данилова Людмила Ивановна

Красикова Валентина Борисовна

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

Заведующая медицинским подразделением КГБОУ ШИ 2 Сивова Галина Николаевна

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица
или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя,
его уполномоченного представителя)

“ 21 ” апреля 2016 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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