



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

ул. Комсомольская, д.31А, г. Кострома,
Костромская область,
156000
телефон (4942) 39-06-05, факс 8 (4942) 31-02-63,
e-mail: info@44.sfr.gov.ru, ОГРН 1024400517580,
ИНН/КПП 4401001182/440101001

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от 31.05.2023 г.
№ 933

Форма

**Решение
о проведении выездной проверки**

от 24.09.2025
(дата)

№ 44002570000571

В соответствии со статьей 26¹⁶ 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)

Заместитель управляющего Отделением

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

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Костромской области
(наименование территориального органа Фонда)

С.А. Мелоневич

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку страхователя (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае не подтверждения 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 БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА
КОСТРОМЫ "СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 21" (СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 21 ГОРОДА КОСТРОМЫ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда
код территориального органа Фонда
ИНН
КПП

1031021841/4401353844,
054,
4401016823,
440101001

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

156010, Россия, обл. Костромская,
г. Кострома, мкр. Паново, дом 9

основание проведения выездной проверки статья 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 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 января 2022 по 31 декабря 2024.

2. Поручить проведение выездной проверки
Сизовой Светлане Михайловне, 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 Костромской области.
(наименование территориального органа Фонда)

Заместитель управляющего Отделения
Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации по
Костромской области
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)



(подпись)

С.А. Мелоневич
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

Исполняющий обязанности директора М.А. Мобилова Голубов
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)
Место печати (при наличии)
страхователя

(дата)