

**Филиал № 7 Государственного  
учреждения - Волгоградского  
регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации**

400006, Волгоградская область,  
г.Волгоград, ул.Дзержинского, д.3

e-mail: filial7@ro34.fss.ru

Приложение № 1  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

**Решение  
о проведении выездной проверки страхователя  
по обязательному социальному страхованию от несчастных  
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 17.02.2021  
(дата)

№ 34072150000181

В соответствии с Федеральным законом 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)

\_\_\_\_\_  
Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
филиала № 7 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
Володина Галина Петровна

(Ф.И.О.)

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

\_\_\_\_\_  
МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 3  
ТРАКТОРОЗАВОДСКОГО РАЙОНА ВОЛГОГРАДА" (МОУ ЛИЦЕЙ № 3)

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3407002840,

Код подчиненности

34071,

ИНН

3441490019,

КПП

344101001,

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

ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, ГОРОД  
ВОЛГОГРАД, УЛИЦА ИМ  
АКАДЕМИКА БОГОМОЛЬЦА, 7А,  
400006,

в соответствии со статьей 26.16  
Федерального закона от 24 июля 1998 г.  
№ 125-ФЗ

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Главному специалист-ревизору - Присекиной Марии Игоревне (руководитель проверяющей группы)

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

филиала № 7 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Г.П. Володина  
(Ф.И.О.)

(подпись)

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Директор ФОНА Миссия №3 Романова М.А.

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

(подпись)

17.02.2021

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя