

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

пр. И.Звонкова, д.1, г. Магас, Республика Ингушетия, 386001  
телефон 8 (87345) 5-17-99,  
e-mail: osfr-ri@mail.ru, ОГРН 1020600985503,  
ИНН/КПП 0602015269/060601001

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

**Решение**  
**о проведении выездной проверки**

от 05.08.2024  
(дата)

№ 06002450000951

В соответствии со статьей 26<sup>16</sup> 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

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ**

(наименование территориального органа Фонда)

**Дахкильгов Руслан Муратбекович**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения 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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СРЕДНЯЯ**  
**ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА №4 С.П.ТРОИЦКОЕ" (ГБОУ "СОШ №4 С.П. ТРОИЦКОЕ")**

(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

089002009616/0603003061

089

0603019280

060301001

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

386245, РЕСПУБЛИКА  
ИНГУШЕТИЯ, РАЙОН  
СУНЖЕНСКИЙ, СТАНИЦА  
ТРОИЦКАЯ, УЛИЦА БАТУМСКАЯ,  
ДОМ 36

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023  
(дата) (дата)

## 2. Поручить проведение выездной проверки

главному контролеру - ревизору - Цуровой Лайле Муратовне

(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 РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ

(наименование территориального органа Фонда)

Заместителем управляющего

(должность руководителя (заместителя  
руководителя) территориального органа Фонда)

Место печати  
территориального органа  
Фонда



(подпись)

Дахкильгов Руслан  
Муратбекович

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

05.08.2024

(дата)

