

Мероприятие по контролю № 472104845799 от 01.10.2021

Статус проверки: Ожидает завершения
Проверяемое лицо: ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Центр социального назначения Конкордия-плюс»
Орган контроля: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области



Общая информация

Тип КНМ: Плановая проверка **Форма КНМ:** Выездная

Тип субъекта: ЮЛ/ИП

Вид государственного контроля (надзора):

Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Дата начала КНМ:

01.10.2021

Дата окончания КНМ:

Месяц проведения КНМ: октябрь

Срок проведения (дней):

Срок проведения (часов): 15.0

Распоряжение/приказ руководителя органа контроля о проведении КНМ №: от

Распоряжение/приказ руководителя органа контроля о продлении сроков проведения КНМ №: от

Цели, задачи, предмет КНМ:

Выполнение требований санитарного законодательства

Основание регистрации КНМ:

№ п/п	Основание
1.	1.1.1 Истечение установленного законом периода со дня государственной регистрации юридического лица, индивидуального предпринимателя. Истечение установленного законом периода со дня государственной регистрации юридического лица, индивидуального предпринимателя. Дата основания регистрации: 12.12.2002
2.	1.1.7 Иные основания в соответствии с федеральным законом. Постановление Правительства РФ № 944 от 23.11.2009

Правовые основания проведения КНМ:

№ п/п	Документ	Раздел документа
1.		

Перечень мероприятий по контролю, необходимых для достижения целей и задач проведения КНМ:

Мероприятие по контролю № 472104845799 от 01.10.2021

Статус проверки: Ожидает завершения
Проверяемое лицо: ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Центр социального назначения Конкордия-плюс»
Орган контроля: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области



№ п/п	Мероприятие	Дата начала мероприятия	Дата окончания мероприятия
1.			

Обязательные требования, подлежащие проверке

Информация об органе контроля

Наименование органа контроля:

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области

Наименование органа контроля (надзора), органа муниципального контроля, с которым КНМ проводится совместно:

Указание на реестровый номер функции в федеральной государственной информационной системе Федеральный реестр государственных и муниципальных услуг (функции):

№ п/п	Функция
1.	

Уполномоченные на проведение КНМ, а также эксперты, представители экспертных организаций, привлекаемых к проведению КНМ:

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Должность	Тип проверяющего
1.			

Информация об органе прокуратуры

Информация об органе прокуратуры:

Ленинградская область, Прокуратура Ленинградской области

Сведения о согласовании проведения КНМ с органами прокуратуры:

Решение по заявлению: Согласовано на основании приказа № от

Основания отказа:

Дата вынесения решения о согласовании проведения КНМ:

Мероприятие по контролю № 472104845799 от 01.10.2021

Статус проверки: Ожидает завершения
Проверяемое лицо: ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Центр социального назначения Конкордия-плюс»
Орган контроля: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области



Место вынесения решения:

ФИО подписанта:

Должность подписанта:

Информация о проверяемом лице

Наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя, в отношении которого проводится КНМ:

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «Центр социального назначения Конкордия-плюс»

ОГРН: 1024702093096

ИНН: 4719018974

Категория риска: Значительный риск (3 класс)

Объекты проведения КНМ:

№ п/п	Местонахождение	Тип места	Тип объекта проведения	Категория риска	Вид государственного контроля (надзора)
1.	Ленинградская область, Гатчинский район, п. Сиверский, ул. Кирова, д.20	Место фактического осуществления деятельности	Иное		
2.	Ленинградская область, Гатчинский район, п. Сиверский, ул. Кирова, д.20	Место нахождения юридического лица	Иное		

Информация об уведомлении проверяемого лица о проведении КНМ:

Способ уведомления:

Дата уведомления:

Сведения о причинах невозможности проведения КНМ: