

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы,  
д.53

тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29

e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

Страхователь:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>6204101198</u>
Код подчиненности	<u>62001</u>
ИНН	<u>6229000643</u>
КПП	<u>622901001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1</u>

**Требование о представлении сведений и документов**

от 04.10.2021  
(дата)

№ 62002150003672

В соответствии со статьей 26.18 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) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

- 1) Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда.
- 2) Договор предоставления труда работников.
- 3) Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ.
- 4) Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц).
- 5) Документы, на основании которых произведены расходы на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.
- 6) Документы, подтверждающие обоснованность установления скидки или надбавки к страховому тарифу (отчет о проведении специальной оценки условий труда, заключительный акт о проведении обязательных периодических медицинских осмотров, заключение по результатам предварительного медицинского осмотра и прочее).
- 7) Документы, подтверждающие обучение по охране труда и (или) обучение по вопросам безопасного ведения работ, в том числе горных работ, а также действиям в случае аварии или инцидента на опасном производственном объекте.

8) Документы, подтверждающие приобретение страхователями, работники которых проходят обязательные предсменные и (или) предрейсовые медицинские осмотры, приборов для определения наличия и уровня содержания алкоголя (алкотестеры или алкометры),

9) Документы, подтверждающие расходы страхователя на предупредительные меры указанные в отчетности по Форме 4-ФСС,

10) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,

11) Свидетельства об инвалидности сотрудников,

12) Трудовые договоры (коллективные договоры),

13) Штатное расписание (штатная расстановка),

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица в представлении запрашиваемых документов или их непредставление в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор \_\_\_\_\_ Резанова Тамара Петровна  
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

И.о. директора Борзов Сергей Николаевич  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

\_\_\_\_\_ 04.10.2021 г.  
(подпись) (дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы,  
д.53

тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29

e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

Страхователь:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	6204101198
Код подчиненности	62001
ИНН	6229000643
КПП	622901001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1

**Требование о представлении сведений и документов**

от 04.10.2021  
(дата)

№ 62002170000842

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда.
- 2) Документы, подтверждающие обучение по охране труда и (или) обучение по вопросам безопасного ведения работ, в том числе горных работ, а также действиям в случае аварии или инцидента на опасном производственном объекте.
- 3) Документы, подтверждающие приобретение отдельных приборов, устройств, оборудования и (или) комплексов (систем) приборов, устройств, оборудования, непосредственно обеспечивающих проведение обучения по вопросам безопасного ведения работ, в том числе горных работ, и действиям в случае аварии или инцидента на опасном производственном объекте и (или) дистанционную видео- и аудио фиксацию инструктажей, обучения и иных форм подготовки работников по безопасному производству работ, а также хранение результатов такой фиксации.
- 4) Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.
- 5) Отчет о проведении специальной оценки условий труда.
- 6) Прочие документы.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся)

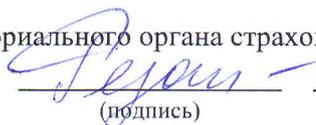
Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор

(должность)



(подпись)

Резанова Тамара Петровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.



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

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



(подпись)

04.10.2021г.

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы,  
д.53

тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29  
e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

Страхователь:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	6204101198
Код подчиненности	62001
ИНН	6229000643
КПП	622901001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1

**Требование о представлении сведений и документов**

от 04.10.2021  
(дата)

№ 62002180003332

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица),
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет),
- 3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия,
- 4) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов,
- 5) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти),
- 6) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход,
- 7) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам).

8) Листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам (по основному месту работы).

---

9) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком.

---

10) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени).

---

11) Прочие документы.

---

12) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников).

---

13) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей).

---

14) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности.

---

15) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации).

---

16) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

---

17) Табель учета рабочего времени.

---

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

Резанова Тамара Петровна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

---

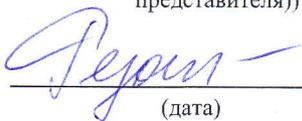
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

---

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

---

(подпись)



---

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы,  
д.53

тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29  
e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 25.10.2021  
(дата)

№ 62002180003334

Нами (мною), Резановой Тамарой Петровной, главным специалистом-ревизором  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Рязанского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

( наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки )  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ)**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>6204101198</u>
Код подчиненности	<u>62001</u>
ИНН	<u>6229000643</u>
КПП	<u>622901001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1</u>

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.  
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 04.10.2021 окончена 22.10.2021  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

<b>ВРЕМЕННО ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РЕКТОРА</b>	<b>ШЕМЯКИН АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>Главный бухгалтер</b>	<b>Панкратова Елена Николаевна 55-86-83</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>РЕКТОР</b>	<b>БЫШОВ НИКОЛАЙ ВЛАДИМИРОВИЧ</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>ВРЕМЕННО ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РЕКТОРА</b>	<b>БОРЫЧЕВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_ **выборочным** \_\_\_\_\_ методом проверки представленных  
(сплошным, выборочным)  
следующих сведений и документов:

Прочие документы, Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти), Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности (по беременности и родам).

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)  
Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ) на сумму 8 658 944,70 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 800 081,84 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 265 971,56 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 5 832 193,96 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 755 394,44 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 5 302,90 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

Приложение: на \_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Рязанское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

  
(подпись) Резанова Тамара Петровна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя)

 (должность)  (подпись)   
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

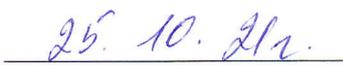
Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

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

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

  
(подпись)

  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,  
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы, д.53  
тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29  
e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения**

от 22.10.2021 № 62002180003333  
(дата)

В соответствии с решением

управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Рязанского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Кудряшова Игоря Ивановича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 04.10.2021 № 62002180003331

главным специалистом-ревизором - Резановой Тамарой Петровной (ГУ-Рязанское РО ФСС РФ)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА"**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6204101198 ,

Код подчиненности

62001 ,

ИНН

6229000643 ,

КПП

622901001 ,

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

390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД  
РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1 ,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020



Государственное учреждение - Рязанское региональное  
отделение Фонда социального страхования Российской  
Федерации

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы, д.53

тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29

e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

Приложение № 8  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 25.10.2021  
(дата)

№ 62002150003674

Нами (мною), Резанова Тамара Петровна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц, проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - Рязанского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6204101198

Код подчиненности

62001

ИНН <sup>3</sup>

6229000643

КПП <sup>4</sup>

622901001

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

390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ,  
УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	85.22	1	0.2	Нет
2019	85.22	1	0.2	Нет
2020	85.22	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена 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).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 04.10.2021 окончена 22.10.2021  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) <sup>6</sup> в проверяемом периоде являлись:

<u>ВРЕМЕННО ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РЕКТОРА</u> (наименование должности)	<u>ШЕМЯКИН АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ</u> (Ф.И.О.)	_____
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Панкратова Елена Николаевна 55- 86-83</u> (Ф.И.О.)	_____
<u>РЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>БЫШОВ НИКОЛАЙ ВЛАДИМИРОВИЧ</u> (Ф.И.О.)	_____
<u>ВРЕМЕННО ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РЕКТОРА</u> (наименование должности)	<u>БОРЫЧЕВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ</u> (Ф.И.О.)	_____

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки  
(сплошным, выборочным)

представленных следующих документов:

Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда, Договор предоставления труда работников, Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ, Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц), Документы, на основании которых произведены расходы на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, Документы, подтверждающие обоснованность установления скидки или надбавки к страховому тарифу (отчет о проведении специальной оценки условий труда, заключительный акт о проведении обязательных периодических медицинских осмотров, заключение по результатам предварительного медицинского осмотра и прочее), Документы, подтверждающие обучение по охране труда и (или) обучение по вопросам безопасного ведения работ, в том числе горных работ, а также действиям в случае аварии или инцидента на опасном производственном объекте, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Документы, подтверждающие приобретение страхователями, работниками которых проходят обязательные предсменные и (или) предрейсовые медицинские осмотры, приборов для определения наличия и уровня содержания алкоголя (алкотестеры или алкометры), Документы, подтверждающие расходы страхователя на предупредительные меры указанные в \_\_\_\_\_

отчетности по Форме 4-ФСС, Свидетельства об инвалидности сотрудников, Штатное расписание (штатная расстановка).

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: <sup>7</sup>

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 08.02.2018 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 21.03.2018 \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)  
Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 14.05.2018 № \_\_\_\_\_ 66н/с \_\_\_\_\_ 8.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: <sup>9</sup>

не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: <sup>9</sup>

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): <sup>9</sup>

не выявлена.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами: <sup>9</sup>

нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): <sup>9</sup>

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: <sup>9</sup>

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА"

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020  
(период)

в размере 0,00 руб.;<sup>9</sup>

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.<sup>9</sup>

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;<sup>9</sup>

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;<sup>9</sup>

11.3. \_\_\_\_\_;<sup>9</sup>

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА"

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона  
от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение - Рязанское региональное отделение Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц  
территориального органа страховщика,  
проводивших проверку

  
Резанова Тамара  
Петровна  
(подпись) (Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя)

  
Врио руководителя (должность) (подпись)  
А.В. Красовский (Ф.И.О.)

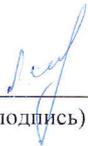
Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

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

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

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

25.10.21г.  
\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

25.10.21г.  
\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

<sup>10</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>11</sup> Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы, д.53  
тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29  
e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

Приложение № 5  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

**Справка  
о проведенной выездной проверке страхователя  
по обязательному социальному страхованию от несчастных  
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 22.10.2021  
(дата)

№ 62002150003673

В соответствии с решением

управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Рязанского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Кудряшова Игоря Ивановича

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 04.10.2021 № 62002150003671  
(дата)

главным специалистом-ревизором - Резановой Тamarой Петровной (ГУ-Рязанское РО ФСС РФ)

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица  
которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка 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

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА",

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6204101198

Код подчиненности

62001

ИНН

6229000643

КПП

622901001

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

390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД  
РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020.

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 04.10.2021,

(дата)

проверка окончена 22.10.2021.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

\_\_\_\_\_  
Главный специалист-ревизор

(должность)

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
Резанова Тамара Петровна

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

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

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

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

10. 21.1.  
\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы,  
д.53  
тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29  
e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 25.10.2021  
(дата)

№ 62002170000844

Нами (мною), Резановой Тamarой Петровной, главным специалистом-ревизором  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Рязанского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

( наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки )  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию страхователя

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ)

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>6204101198</u>
Код подчиненности	<u>62001</u>
ИНН	<u>6229000643</u>
КПП	<u>622901001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1</u>

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.  
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 04.10.2021 окончена 22.10.2021  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

<b>ВРЕМЕННО ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РЕКТОРА</b>	<b>ШЕМЯКИН АЛЕКСАНДР ВЛАДИМИРОВИЧ</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>Главный бухгалтер</b>	<b>Панкратова Елена Николаевна 55-86-83</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>РЕКТОР</b>	<b>БЫШОВ НИКОЛАЙ ВЛАДИМИРОВИЧ</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<b>ВРЕМЕННО ИСПОЛНЯЮЩИЙ ОБЯЗАННОСТИ РЕКТОРА</b>	<b>БОРЫЧЕВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ</b>
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_ **выборочным** \_\_\_\_\_ методом проверки представленных  
(сплошным, выборочным)  
следующих сведений и документов:

Прочие документы, Гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда, Документы, подтверждающие обучение по охране труда и (или) обучение по вопросам безопасного ведения работ, в том числе горных работ, а также действиям в случае аварии или инцидента на опасном производственном объекте, Отчет о проведении специальной оценки условий труда, Документы, подтверждающие приобретение отдельных приборов, устройств, оборудования и (или) комплексов (систем) приборов, устройств, оборудования, непосредственно обеспечивающих проведение обучения по вопросам безопасного ведения работ, в том числе горных работ, и действиям в случае аварии или инцидента на опасном производственном объекте и (или) дистанционную видео- и аудио фиксацию инструктажей, обучения и иных форм подготовки работников по безопасному производству работ, а также хранение результатов такой фиксации, Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)

## 9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

---

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

## 10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА" (ФГБОУ ВО РГАТУ) на сумму 192 751,00 руб., в том числе:

Возмещение расходов Страхователей 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 на сумму 192 751,00 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

## 11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

Приложение: на \_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Рязанское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

---

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку

*Резанова*

Резанова Тамара Петровна  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя)

*Врио*



*А. В. Шелыгин*

(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

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

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

*[Signature]*  
(подпись)

*25.10.22*  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,  
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

**Государственное учреждение - Рязанское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

390006, Рязанская область, г.Рязань, ул.Свободы, д.53  
тел. (4912) 29-70-00, факс (4912) 29-70-29  
e-mail: info@ro62.fss.ru, http://r62.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию**

от 22.10.2021  
(дата)

№ 62002170000843

В соответствии с решением

управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Рязанского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Кудряшова Игоря Ивановича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 04.10.2021 № 62002170000841

главным специалистом-ревизором - Резановой Тамарой Петровной (ГУ-Рязанское РО ФСС РФ)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию страхователя:

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П.А. КОСТЫЧЕВА"**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

6204101198 ,

Код подчиненности

62001 ,

ИНН

6229000643 ,

КПП

622901001 ,

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

390044, ОБЛАСТЬ РЯЗАНСКАЯ, ГОРОД  
РЯЗАНЬ, УЛИЦА КОСТЫЧЕВА, 1 ,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020 .

