



П Р И К А З

20.11.2019 1753 №

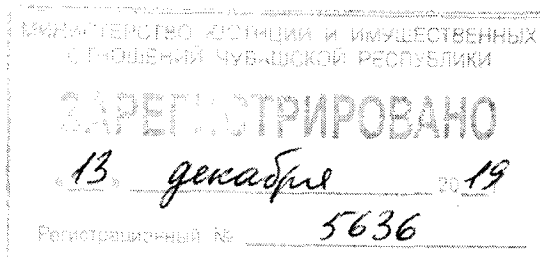
Шупашкар хули

П Р И К А З

20.11.2019 № 1753

г. Чебоксары

О некоторых вопросах
по реализации трудового
законодательства в Министерстве
здравоохранения Чувашской
Республики



Во исполнение Трудового кодекса Российской Федерации и в соответствии с Законом Чувашской Республики «О ведомственном контроле за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права» п р и к а з ы в а ю:

1. Определить уполномоченное за осуществление ведомственного контроля за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, в организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее также соответственно – ведомственный контроль, организации), структурное подразделение (далее также – уполномоченное подразделение): отдел кадрового обеспечения.

2. Утвердить:

форму ежегодного плана проведения проверок организаций (приложение № 1);

форму приказа о проведении проверки организации (приложение № 2);

форму акта проверки организации (приложение № 3).

3. Ведомственный контроль осуществлять в соответствии с порядком и условиями, установленными Законом Чувашской Республики «О ведомственном контроле за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права».

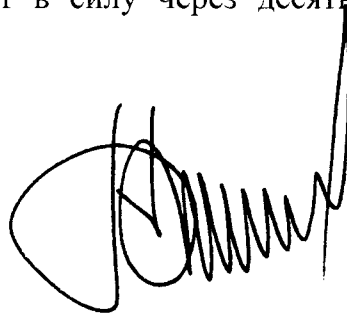
4. Уполномоченному подразделению в срок до 1 декабря года, предшествующего году проведению плановых проверок организаций, представлять министру здравоохранения Чувашской Республики предложения для включения в ежегодный план проведения проверок организаций.

5. Уполномоченному подразделению в срок до 10 декабря года, предшествующего году проведению плановых проверок организаций, осуществлять разработку и представлять на утверждение министру здравоохранения Чувашской Республики ежегодный план проведения проверок организаций.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

7. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования.

Заместитель Председателя
Кабинета Министров
Чувашской Республики – министр

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'В' followed by several vertical strokes and a final upward-pointing stroke.

В.Н. Викторов

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 20.11.2019 № 1753

Форма

Утверждаю

(фамилия, имя, отчество (последнее – при
наличии) министра здравоохранения
Чувашской Республики, подпись)

« ____ » _____ г.

ЕЖЕГОДНЫЙ ПЛАН
проведения проверок организаций, находящихся в ведении
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

| № п/п | Наименования и места нахождения организаций, деятельность которых подлежит плановым проверкам | Цель и основание проведения каждой плановой проверки | Даты начала и сроки проведения каждой плановой проверки, форма проверки | Проверяемые периоды деятельности организаций |
|----------|--|--|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Форма

Министерство здравоохранения Чувашской Республики

ПРИКАЗ

о проведении _____ проверки
(плановой/внеплановой, документарной/выездной)
подведомственной организации
от «__» _____ г. № _____

1. Провести проверку в отношении _____

_____ (наименование организации, в отношении которой
проводится проверка)

2. Место нахождения: _____

_____ (организации, в отношении которой проводится проверка)

3. Назначить лицом(ми), уполномоченным(ми) на проведение проверки:

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
должностного лица (должностных лиц), уполномоченного(ых)
на проведение проверки)

4. Установить, что:

настоящая проверка проводится с целью: _____

задачами настоящей проверки являются: _____

5. Предметом настоящей проверки является: _____

6. Проверяемый период деятельности организации: _____

7. Срок проведения проверки: _____

К проведению проверки приступить

с «__» _____ 20__ г.

Проверку окончить не позднее

«__» _____ 20__ г.

8. Правовые основания проведения проверки: _____

_____ (ссылка на положение нормативного правового акта,
в соответствии с которым осуществляется проверка)

9. В процессе проверки провести следующие мероприятия по ведомственному контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

10. Перечень документов, представление которых подведомственной организацией необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

| | | |
|---|-----------|---|
| Заместитель Председателя Кабинета Министров Чувашской Республики – министр Чувашской Республики (лицо, исполняющее его обязанности) | (подпись) | (фамилия, имя, отчество) (последнее - при наличии) |
|---|-----------|---|

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Чувашской Республики
от 20.11.2019 № 1753
Форма

Министерство здравоохранения Чувашской Республики

_____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(место составления акта) (дата составления акта)

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

Министерства здравоохранения Чувашской Республики
организации
№ _____

По адресу/адресам: _____
(место проведения проверки)

На основании: _____

_____ (вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))
была проведена _____ проверка
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)
в отношении: _____

_____ (наименование проверяемой подведомственной организации)

Дата и время проведения проверки:

« ____ » _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин.

Продолжительность _____

« ____ » _____ 20 ____ г. с ____ час. ____ мин. до ____ час. ____ мин.

Продолжительность _____

Общая продолжительность проверки: _____
(рабочих дней/часов)

Акт составлен: _____

_____ (наименование органа исполнительной власти Чувашской Республики)

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен(ы) (заполняется при проведении выездной проверки):

_____ (фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Лицо(а), проводившее(ие) проверку: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку)

При проведении проверки присутствовали: _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
руководителя, иного должностного лица (должностных лиц)
или уполномоченного представителя организации,
присутствовавших при проведении проверки)

В ходе проведения проверки проверены следующие документы: _____

(указывается перечень проверенных при проведении проверки документов)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права: _____

(с указанием характера нарушений и лиц организации,
допустивших указанные нарушения)

выявлены факты невыполнения предписаний об устранении выявленных нарушений трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права (с указанием реквизитов выданных предписаний): _____

нарушений не выявлено _____

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку: _____

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) руководителя,
иного должностного лица или уполномоченного представителя
организации, присутствовавших при проведении проверки)

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного
должностного лица (лиц),
проводившего(их) проверку)