

ДЕПАРТАМЕНТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНСПЕКЦИИ ТРУДА
МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ВОПРОСОВ (ЧЕК-ЛИСТ) N _____

в сфере надзора за соблюдением законодательства о труде при регулировании
организации труда, рабочего времени и времени отдыха медицинских
работников

ЧЕК-ЛИСТ ЗАПОЛНЕН: в ходе проверки

при планировании проверки

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ВИД ПРОВЕРКИ: выборочная внеплановая

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), должность,
контактный телефон проверяющего (руководителя проверки) и (или)
должностного лица, направившего контрольный список вопросов (чек-лист): _

Дата направления чек-листа	Дата заполнения чек-листа	Дата завершения заполнения чек-листа
<input type="text"/> <input type="text"/> число	<input type="text"/> <input type="text"/> число	<input type="text"/> <input type="text"/> число
<input type="text"/> <input type="text"/> месяц	<input type="text"/> <input type="text"/> месяц	<input type="text"/> <input type="text"/> месяц
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> год	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> год	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> год

СВЕДЕНИЯ О ПРОВЕРЯЕМОМ СУБЪЕКТЕ

Учетный номер плательщика _____

Наименование проверяемого субъекта _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Место нахождения проверяемого субъекта _____
(адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)

Место осуществления деятельности _____
(адрес, телефон, факс, адрес электронной почты)

Необходимые характеристики объекта проверяемого субъекта _____
(среднесписочная численность работающих,

код вида основной деятельности по ОКРБ 005-2011 и его расшифровка)

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), должность,
контактный телефон представителя (представителей) проверяемого субъекта
заполнившего чек-лист _____

Перечень требований, предъявляемых к проверяемому субъекту

Формулировка требования, предъявляемого к проверяемому субъекту	Структурные элементы нормативных правовых актов, в том числе технических нормативных правовых актов, устанавливающих требования	Сведения о соблюдении требований проверяемым субъектом по данным						Примечание
		проверяемого субъекта			проверяющего			
		да	нет	не требуется	да	нет	не требуется	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Продолжительность работы, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи, обеспечением санитарно-эпидемического благополучия населения, проведением медицинской экспертизы, выполняемой медицинскими работниками сверх продолжительности рабочего времени по основной работе, не должна превышать 900 часов в год.	п. 1 (1 ¹)							
2. Сокращенная продолжительность рабочего времени установлена для медицинских работников (за исключением работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, врачей-специалистов, являющихся руководителями организаций здравоохранения, медицинских научных организаций, санаторно-курортных и оздоровительных организаций, других организаций, которые наряду с основной деятельностью осуществляют медицинскую деятельность, обособленных подразделений этих организаций, главных медицинских сестер, медицинских сестер-диетологов, зубных техников) - 38,5 часа в неделю.	п. 1 (2)							

(подпись)

(инициалы, фамилия, должность проверяющего)

¹ Порядковый номер в Перечне нормативно-правовых актов, в том числе технических нормативных правовых актов, в соответствии с которыми предъявлены требования

(руководителя проверки))

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(инициалы, фамилия, должность представителя
проверяемого субъекта)

«___» _____ 20__ г.

Перечень нормативно-правовых актов, в том числе технических нормативных правовых актов, в соответствии с которым предъявлены требования:

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.07.2014 №52 «О некоторых вопросах организации труда медицинских работников»;
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.03.2016 №46 «Об установлении сокращенной продолжительности рабочего времени для медицинских работников».

Пояснения по заполнению контрольного списка вопросов (чек-листа)

Субъектом хозяйствования при получении контрольного списка вопросов (чек листа) указываются:

1. в титульном листе:

дата начала и завершения заполнения* контрольного списка вопросов (чек-листа);

* Согласно части третьей пункта 17 Положения о порядке организации и проведения проверок, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 16 октября 2009 г. № 510 «О совершенствовании контрольной (надзорной) деятельности в Республике Беларусь», информация по контрольному списку вопросов (чек-листу) должна быть представлена субъектом хозяйствования Департаменту государственной инспекции труда не позднее десяти рабочих дней со дня получения указанного списка (чек-листа).

инициалы, фамилия, должность, контактный телефон представителя (представителей) субъекта хозяйствования;

2. в перечне требований, предъявляемых к проверяемому субъекту, в столбцах 3, 4, 5 напротив каждого требования, указывается знак «+»:

- в позиции «Да» (столбец 3) (если предъявляемое требование реализовано в полном объеме);

- в позиции «Нет» (столбец 4) (если предъявляемое требование не реализовано или реализовано не в полном объеме);

- в позиции «Не требуется» (столбец 5) (если предъявляемое требование не подлежит реализации проверяемым субъектом и (или) надзору применительно к данному проверяемому субъекту).

В позиции «Примечание» (столбец 9) могут вноситься поясняющей записи, если предъявляемое требование реализовано не в полном объеме, и иных пояснения.

3. Столбцы 6, 7 и 8 заполняются государственными инспекторами труда при проведении проверок.

4. последний лист контрольного списка вопросов (чек листа) подписывается руководителем юридического лица (его обособленного подразделения), индивидуальным предпринимателем или иным должностным лицом, уполномоченным в установленном законодательством порядке представлять интересы субъекта хозяйствования.