

№ п/п	Наименование уполномоченного органа, проводящего проверку	Наименование государственного учреждения Свердловской области	Место нахождения и (или) место фактического осуществления деятельности проверяемого государственного учреждения Свердловской области	Период начала*	Срок проведения плановой проверки	Проверяемый период	Форма проведения проверки	Основание
----------	---	---	---	-------------------	--	-----------------------	---------------------------------	-----------