

В Управление Минюста России по Ямало-Ненецкому автономному округу
 (Минюст России (территориальный орган Минюста России))

**Отчет о деятельности некоммерческой организации и о персональном составе
 ее руководящих органов и работников
 за 2021 г.**

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ
 НАРУШЕНИЯМИ "ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРОЕКТОВ СВЕТЛАНЫ ФЕДОРОВИЧ"**
 (полное наименование некоммерческой организации)

643,629309, Ямало-Ненецкий ао., Новый Уренгой г., Советский мкр, 6 корп. 2 кв 100
 (адрес (место нахождения) некоммерческой организации)

ОГРН: 1 2 1 8 9 0 0 0 0 2 1 6 6

дата включения в 01.09.2021
 ЕГРЮЛ

1	Основные виды деятельности в отчетном периоде в соответствии с учредительными документами	
1.1.	88.99	
1.2.		
1.3.		
1.4.		
1.5.		
1.6.		

2	Предпринимательская деятельность (если осуществляется, отметить знаком "V"):	
2.1.	продажа товаров, выполнение работ, оказание услуг	☐
2.2.	Иная деятельность	☐
2.2.1	Участие в хозяйственных обществах	☐
2.2.2	Операции с ценными бумагами	☐
2.2.3	Иная приносящая доход деятельность (указать какая):	

3	Источники формирования имущества (имеющиеся отметить знаком "V"):	
3.1.	Членские взносы (1)	☐
3.2.	Целевые поступления от российских физических лиц	☐
3.3.	Целевые поступления от иностранных физических лиц и лиц без гражданства	☐
3.4.	Целевые поступления от российских коммерческих организаций	☐
3.5.	Целевые поступления от российских некоммерческих организаций	☐
3.6.	Целевые поступления от иностранных некоммерческих неправительственных организаций	☐
3.7.	Целевые поступления от иных иностранных организаций	☐
3.8.	Целевые поступления от иностранных государств, их государственных органов	☐
3.9.	Целевые поступления от посредников в значении ? 7-ФЗ О некоммерческих организациях	☐

3.10.	Целевые поступления от российских юридических лиц, бенефициарными владельцами которых являются иностранные граждане или лица без гражданства	☐
3.11.	Гранты	☐
3.12.	Гуманитарная помощь иностранных государств	☐
3.13.	Средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований	☒
3.14.	Доходы от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности	☐
3.15.	Иные источники формирования имущества (иные средства (доходы)) (указать какие):	

4	Управление деятельностью:	
4.1	Высший орган управления (сведения о персональном составе указываются в листе А)	
	Полное наименование высшего органа управления	Директор
	Периодичность проведения заседаний в соответствии с учредительными документами	1 раз в год
	Проведено заседаний	
4.2	Исполнительный орган (сведения о персональном составе указываются в листе А)	
	Полное наименование исполнительного органа	
	Полное наименование исполнительного органа (нужное отметить знаком <V>)	
	коллегиальный ☐	единоличный ☐
	Периодичность проведения заседаний в соответствии с учредительными документами(2)	
	Проведено заседаний	

Приложение:

- сведения о персональном составе руководящих органов некоммерческой организации (лист А);
- сведения о персональном составе работников некоммерческой организации (лист Б).

Достоверность и полноту сведений подтверждаю.

Лицо, имеющее право без доверенности действовать от имени некоммерческой организации:

Федорович С.М.

(фамилия, имя, отчество)

**Сведения о персональном составе
руководящих органов некоммерческой организации**

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ"ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРОЕКТОВ СВЕТЛАНЫ ФЕДОРОВИЧ"

(полное наименование руководящего органа)

1	Фамилия, имя, отчество	Федорович Светлана Михайловна
	Дата рождения	
	Гражданство	
	Данные документа, удостоверяющего личность	
	Адрес (место жительства)	
	Должность, наименование и реквизиты акта о назначении (избрании)	Директор, Решение N от ..г

Лицо, имеющее право без доверенности действовать от имени некоммерческой организации:

Директор Федорович С.М. _____ 10.04.22
 (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность) (подпись) (дата)

**Сведения
о персональном составе работников некоммерческой организации**

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ"ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНЫХ ПРОЕКТОВ СВЕТЛАНЫ ФЕДОРОВИЧ"

(полное наименование некоммерческой организации)

1	Фамилия, имя, отчество	Федорович Светлана Михайловна
	Дата рождения	
	Гражданство	
	Данные документа, удостоверяющего личность	
	Адрес (место жительства)	
	Должность, наименование и реквизиты акта о назначении (избрании)	Директор, Приказ N от ..г

Лицо, имеющее право без доверенности действовать от имени некоммерческой организации:

Федорович С.М. _____ 10.04.22
 (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность) (подпись) (дата)