**Informacja pokontrolna nr**  ........ /.......

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Podstawa prawna kontroli |  |
| 2 | Nazwa jednostki kontrolującej |  |
| 3 | Osoby uczestniczące w kontroli ze strony jednostki kontrolującej |  |
| 4 | Termin kontroli |  |
| 5 | Rodzaj kontroli (pomoc techniczna, systemowa, projektu, planowa, doraźna) |  |
| 6 | Nazwa jednostki kontrolowanej |  |
| 7 | Adres jednostki kontrolowanej |  |
| 8 | Zakres kontroli |  |
| 9 | Informacje na temat sposobu wyboru dokumentów do kontroli oraz doboru próby skontrolowanych dokumentów |  |
| 10 | Ustalenia kontroli – krótki opis zastanego stanu faktycznego | Opis: bkontroli stopka.jpg. |
| 11 | Stwierdzone nieprawidłowości /błędy |  |
| 12 | Zalecenia pokontrolne/rekomendacje |  |
| 13 | Data sporządzenia Informacji pokontrolnej |  |

Pouczenie:

Dyrektor Departamentu objętego kontrolą podpisuje Informację pokontrolną wraz   
z Listą sprawdzającą i przekazuje podpisane dokumenty do Departamentu Kontroli   
i Audytu w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

Dyrektorom Departamentów objętych kontrolą przysługuje prawo zgłoszenia do Departamentu Kontroli i Audytu w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania Informacji Pokontrolnej (a przed jej podpisaniem) umotywowanych, pisemnych zastrzeżeń do ustaleń zawartych w Informacji pokontrolnej.

Niniejsza informacja, która zawiera ….. kolejno numerowanych i parafowanych stron oraz ….. załącznik/i stanowiące jej integralną część, sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, (jeden dla jednostki kontrolującej i jeden dla jednostki kontrolowanej – egzemplarz przekazany Marszałkowi Województwa).

Informację o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych lub wykorzystania rekomendacji, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia należy przekazać do Departamentu Kontroli i Audytu w terminie ........... dnia od dnia otrzymania Informacji pokontrolnej.

Podpisy członków Zespołu kontrolującego:

1) ………………………………….

2) ………………………………….

3) ………………………………….

........................................................................

Podpis przełożonego (potwierdzający zapoznanie się z treścią Informacji pokontrolnej)

Daty i podpisy Dyrektorów Departamentów objętych kontrolą:

1. ……………………………………………………..
2. .....................................................................................
3. ....................................................................................
4. ...................................................................................