|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| PROGRAM KONTROLI NR |

|  |
| --- |
| 1. Nazwa jednostki kontrolowanej: |
|  |

|  |
| --- |
| 2. Adres jednostki kontrolowanej: |
|  |

|  |
| --- |
| 3. Przedmiot kontroli: |
| Projekt nr …………… pn.*……………………….* realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 |

|  |
| --- |
| 4. Cel kontroli: |
| Uzyskanie racjonalnego zapewnienia na temat prawidłowości realizacji projektu nr…………………….. pn.………………… oraz kwalifikowalności wydatków poniesionych w ramach projektu pod kątem ich zgodności z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*, Wytycznych IZ RPO WSL oraz prawa krajowego i wspólnotowego. |

|  |
| --- |
| 5. Zakres kontroli[[1]](#footnote-1): |
|  |

|  |
| --- |
| 6. Tryb kontroli: |
| Tryb:  - kontrola planowa przeprowadzona na podstawie RPK na …/wskazać rok/……;  - kontrola doraźna. |

|  |
| --- |
| 7. Termin kontroli: |
|  |

|  |
| --- |
| 8. Okres objęty kontrolą: |
|  |

|  |
| --- |
| 9. Okres realizacji projektu: |
|  |

|  |
| --- |
| 10. Powołanie Zespołu kontrolującego: |
| Kontrola na miejscu realizacji projektu będzie prowadzona przez zespół w składzie:   1. …………………..…… - kierownik Zespołu kontrolującego, 2. ………………………..   Osobami odpowiedzialnymi za opracowanie poszczególnych obszarów informacji pokontrolnej są:   1. ………………… za obszar nr……. 2. ………………… za obszar nr …… |

|  |
| --- |
| 11. Uwagi: |
|  |

Sporządził:

…… /data i podpis/…………..

Zatwierdził:

…… /data i podpis/…………..

1. W przypadku kontroli doraźnych zakres kontroli może zostać ograniczony do wybranych obszarów [↑](#footnote-ref-1)