# \*Zestawienie znaków graficznych należy wybrać w zależności od źródła finasowania projektu.

**Marszałek Województwa Podkarpackiego**

##  Załącznik nr 18

DK-III…

Rzeszów, dnia ………………..

### ZALECENIA POKONTROLNE

**1. Podstawa prawna sformułowania zaleceń:**

Na podstawie art. 9 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów
w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2020 r., poz. 818 t.j.), w oparciu o „Wytyczne w zakresie kontroli realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020” (MFiPR/2014-2020/17(04) oraz decyzję o dofinansowaniu projektu

**2. Projekt Nr:** …………………………………………………………………..………….….

**3. Decyzja Nr:** ………………………………….…………… z dnia ……………………….

**4. Tytuł projektu:** ………………………………..…………………………………………...

**5. Nazwa jednostki kontrolowanej:** ............................................................................

**6. Kierownik jednostki kontrolowanej/Dyrektor DPI/DWP/DRR/DRP/DOR/DOS:** ..…………….…………………………………………………………………………………...

**7. Data:** …………………………………………………………………………….……….....

 rozpoczęcia czynności kontrolnych - ………………………………...…………………….

 zakończenia czynności kontrolnych - ………………………………………………………

 w tym okres zawieszenia czynności kontrolnych – od ………..…….. do …………....…

**8. Miejsca przeprowadzenia kontroli:** …………………………………..………………………………………………………....………………………………………………………………………………………………………..

*(siedziba jednostki kontrolowanej)*

……………………………………………………………………………………………………………….……. *(miejsce fizycznej realizacji projektu)*

**9. Tryb i zakres kontroli:**

.....................………………………………………………...…………................................

**10. Osoby przeprowadzające kontrolę:**

*(imię, nazwisko, stanowisko służbowe, nr i data wystawienia upoważnienie do kontroli, nazwa Departamentu)*

Kierownik Zespołu: ……………………………………………………….…..…………………..…………...……

Członkowie Zespołu:

…………………………………………………………………………………….…………………………..…………………………………………………………………………………..

**11. Osoby udzielające odpowiedzi ze strony beneficjenta**:

*(imię i nazwisko, stanowisko służbowe)*

…………………………………………………………………….……………………….…………………………………….……………………………………………………….………………………………………………...…………………………………………………………...

**12. Opis uchybień i nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie kontroli wraz ze wskazaniem podstawy prawnej:**

*(zwięzły opis wyników kontroli: fakty stwierdzone w trakcie kontroli oraz materiały je potwierdzające wyszczególnienie nieprawidłowości/uchybień)*

**13. Mając na uwadze ww. nieprawidłowości/uchybienia - zalecam:**

*(zalecenia pokontrolne zmierzające do usunięcia stwierdzonych w czasie kontroli uchybień i nieprawidłowości)*

.………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

**14. Zobowiązuję Beneficjenta do pisemnego poinformowania o sposobie i terminie wykonania zaleceń pokontrolnych, a w przypadku niepodjęcia takich działań o przyczynach takiego postępowania. Informację należy przekazać do DK w terminie**.......................................................................................................................................

.......................................................... *(pieczęć i podpis)*