**Załącznik nr KC.I.8 do IW IZ FEŚ**

Urząd Marszałkowski  
Województwa Świętokrzyskiego



Departament Kontroli i Certyfikacji FEŚ,

Oddział Kontroli EFRR

Al. IX Wieków Kielc 4, 25 – 516 Kielce, tel. (041) 365 81 15 03

Kielce, dnia **……** r.

**Informacja Pokontrolna Nr ……. /……**

z kontroli ……. projektu nr **………..** pn. **„………..”** realizowanego w ramach Działania **……** *,* **….** Osi priorytetowej Funduszy Europejskich dla Świętokrzyskiego, przeprowadzonej w dniach **………..** r.

**I. INFORMACJE OGÓLNE:**

1. Nazwa i adres badanego Beneficjenta:

**…………………………………….**

1. Status prawny Beneficjenta:

**……………………………………**

**II. INFORMACJE ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ PROJEKTU:**

1. Osoba odpowiedzialna za realizację projektu:

**………………………………………..**

1. Nazwa programu operacyjnego:

Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego

1. Numer i nazwa Osi priorytetowej:

**………………………………………..**

1. Numer i nazwa Działania:

**………………………………………..**

1. Nazwa realizowanego projektu:

**………………………………………..**

1. Okres realizacji projektu:

**………………………………………..**

1. Instytucja Zarządzająca:

**………………………………………..**

1. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli:

Niniejszą kontrolę przeprowadzono na podstawie ………… oraz §  **……** umowy nr: **…….** o dofinansowanie Projektu nr  **……..** pn.: **………….**.

1. Osoby przeprowadzające kontrolę:

Kontroli dokonali pracownicy Departamentu Kontroli i Certyfikacji FEŚ Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, działający na podstawie upoważnienia o numerze **………………** wydanego w dniu **……..** roku, przez **……………………………...…..** Dyrektora Departamentu Kontroli i Certyfikacji FEŚ:

- stanowisko: Imię i nazwisko ***(kierownik zespołu kontrolnego);***

- stanowisko: Imię i nazwisko ***(członek zespołu)***.

1. Osoby udzielające informacji/wyjaśnień (osoby odpowiedzialne):

Beneficjent udostępnił kontrolerom dokumenty stanowiące przedmiot kontroli, a wyjaśnień i informacji udzielali: **…………………………………………………….**.

1. Oświadczenia Beneficjenta:

Po zakończeniu czynności kontrolnych **……………..** złożył/a oświadczenie, że w trakcie czynności kontrolnych, tj. w dniu **……………..** dostarczył/a i udostępnił/a kontrolującym całą dokumentację związaną z realizacją Projektu nr **……………..**(dowód nr ………).

**III. OBSZAR I CEL KONTROLI:**

1. …………………………
2. ………………………..
3. ………………………..
4. ………………………..
5. ………………………..

Okres czasu objęty kontrolą: od **………….** r. do **…….** r.

**IV. USTALENIA SZCZEGÓŁOWE:**

**Adn. 1**

**Adn. 2**

**Adn. 3**

**Adn. 4**

**Adn. 5**

**V. REKOMENDACJE I ZALECENIA POKONTROLNE:**

**Brak ustaleń/Ustalenia o …………….. stopniu istotności:**

**P O D S U M O W A N I E:**

1………………………………

2. ……………………………..

3……………………………….

4………………………………

5……………………………

Kontrola **…………..** realizacji projektu nr **…………….** pn.: "**……………………**" została przeprowadzona zgodnie z listą sprawdzającą (dowód nr ………).

Niniejsza Informacja pokontrolna zawiera **……….** stron oraz **…………** dowód/dowodów/y wymieniony/e/ch w jej treści, który/e dostępny/e jest/są do wglądu w siedzibie Departamentu Kontroli i Certyfikacji FEŚ Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, Al. IX Wieków Kielc 4, 25-516 Kielce.

Dokument sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden zostaje przekazany Beneficjentowi. Drugi egzemplarz oznaczony terminem „do zwrotu” należy odesłać na podany powyżej adres w terminie 14 dni od dnia otrzymania Informacji pokontrolnej.

Jednocześnie informuje się, iż w ciągu 14 dni od dnia otrzymania Informacji pokontrolnej Beneficjent może zgłaszać do Instytucji Zarządzającej pisemne zastrzeżenia, co do ustaleń w niej zawartych. Zastrzeżenia przekazane po upływie wyznaczonego terminu nie będą uwzględnione.

Kierownik Jednostki Kontrolowanej może odmówić podpisania Informacji pokontrolnej informując na piśmie Instytucję Zarządzającą o przyczynach takiej decyzji.

Ponadto, Beneficjent w terminach wskazanych w rekomendacjach i zaleceniach pokontrolnych zobowiązany jest do przekazania pisemnej informacji o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych lub wykorzystania rekomendacji, a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich zaniechania, a w przypadku uzupełniania dokumentacji dostarczenia jej we wskazanych sposobie i formie.

**Kontrolujący:**

**IMIĘ I NAZWISKO:** ………………………………….

**IMIĘ I NAZWISKO:** ………………………………….

**Kontrolowany/a**

.……………………………