

Zatwierdzam

*Marszałek Województwa
Kujawsko-Pomorskiego*

Załącznik nr 1
do Regulaminu

PLAN KONTROLI

Departamentu

na

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Przewidywany termin rozpoczęcia i zakończenia kontroli	Rodzaj kontroli¹	Zakres kontroli	Uwagi
1	2	3	4	5	6

¹ Kompleksowa/ problemowa/ sprawdzająca