

## FORMULARZ ZATWIERDZENIA CZYNNOŚCI POKONTROLNYCH

Ocena realizacji czynności pokontrolnych do Umowy o powierzenie grantu nr ....

Data przeprowadzenia kontroli:.....

**Weryfikacja realizacji zaleceń pokontrolnych** (należy wypełnić w sytuacji wskazania zaleceń w Informacji pokontrolnej lub przedstawienia dodatkowych wyjaśnień przez Grantobiorcę – po ostatecznej weryfikacji zaleceń pokontrolnych).

<p><b>Zalecenia pokontrolne</b> (należy przytoczyć wszystkie zalecenia pokontrolne wyszczególnione w Informacji pokontrolnej)</p>	<p><b>Data realizacji zaleceń pokontrolnych</b> (należy wskazać wszystkie daty realizacji zaleceń)</p>	<p><b>Rezultat zrealizowanych/niezrealizowanych zaleceń pokontrolnych</b> (należy opisać realizację zaleceń przez Grantobiorcę i wskazać wnioski/skutki wynikające z realizacji lub braku realizacji zaleceń)</p>
		<p>&lt;Opis &gt;</p> <p><input type="checkbox"/> akceptacja Dyrektor Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej/institucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,</p> <p><input type="checkbox"/> brak akceptacji Dyrektor Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej/ instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,</p>
		<p>&lt;Opis &gt;</p> <p><input type="checkbox"/> akceptacja Dyrektor Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej / instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,</p>

		<input type="checkbox"/> brak akceptacji Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej / instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta
		<input type="checkbox"/> akceptacja Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej/ instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta, <input type="checkbox"/> brak akceptacji Dyrektora Departamentu Współpracy Zagranicznej i Promocji Gospodarczej / instytucji upoważnionej do przeprowadzenia kontroli w imieniu Grantodawcy/Beneficjenta,
<b>Uwagi:</b>		

**Podpisy członków Zespołu kontrolującego:**

Imię i nazwisko: .....

Podpis:.....

Data: .....

Imię i nazwisko: .....

Podpis:.....

Data:.....

**Akceptacja: Dyrektor Departamentu / Kierownik instytucji kontrolującej**

Imię i nazwisko: .....

Podpis:.....

Data: .....