

OR. 17.10.11.2015

**RAPORT Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH  
NR 08/321/383/2015**

**R-01/167**

(nr woj./nr działania/ nr kolejny/rok)

**PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2007-2013**

<b>ZNAK SPRAWY</b>		<b>NR IDENTYFIKACYJNY</b>									
DOW.042.6.2.2015 UM08-6921-UM0880002/15		0	6	3	8	7	5	3	8	4	

**I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)**

Nazwa działania:	321 Podstawowe usługi dla gospodarki i ludności wiejskiej	Data otrzymania zlecenia	16/11/2015 <i>dd/mm/rrrr</i>
Nazwa operacji:	Budowa systemu mikroinstalacji prosumenckich w gminie Strzelce Opolskie		
Rodzaj czynności kontrolnych:			
1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Wizytacja w miejscu <input type="checkbox"/></li> <li>2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania <input type="checkbox"/></li> <li>3. Kontrola ex post w wyniku typowania <input type="checkbox"/></li> <li>4. Kontrola zadania w trakcie realizacji <input type="checkbox"/></li> <li>5. Kontrola uzupełniająca <input type="checkbox"/></li> <li>6. Wizytacja uzupełniająca <input type="checkbox"/></li> </ul>		
	<u>Czynności kontrolne dotyczą etapu:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. obsługi Wniosku o przyznanie pomocy <input type="checkbox"/></li> <li>2. obsługi Wniosku o płatność <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>3. ex-post <input type="checkbox"/></li> </ul>		
2. Przeprowadzający kontrolę	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego Departament Programów Rozwoju Obszarów Wiejskich		

**II. DANE PODMIOTU KONTROLOWANEGO**

1. Nazwa podmiotu kontrolowanego	Gmina Strzelce Opolskie																				
	NIP	7	5	6	1	8	5	8	8	9	9	REGON	5	3	1	4	1	3	2	7	7
2. Adres zamieszkania/siedziby podmiotu kontrolowanego	Województwo	Opolskie																			
	Powiat/gmina	strzelecki												Strzelce Opolskie							
	Miejscowość/kod	Strzelce Opolskie												47-100							
	Ulica/nr domu /lokalu/działki	Plac Myśliwca 1																			
	Tel.	77 404 93 00												Fax	77 461 44 22						
	E-mail	um@strzelceopolskie.pl																			
3. Adres korespondencyjny (należy wypełnić w przypadku, gdy inny od powyższego)	Województwo	ND																			
	Powiat/gmina	ND												ND							
	Miejscowość/kod	ND												ND							
	Ulica i nr domu/lokalu	ND																			

Podpis podmiotu kontrolowanego	<p style="text-align: center;"><b>BURMISTRZ</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Tadeusz Goc</i></p>	Podpisy kontrolujących	<i>[Signature]</i>
			<i>[Signature]</i>

**III. OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI (PEŁNOMOCNIK/OSOBA REPREZENTUJĄCA)**

1. Imię i Nazwisko	Tadeusz Goc	Stanowisko/funkcja	Burmistrz
2. Imię i Nazwisko	Marek Urbański	Stanowisko/funkcja	Pracownik Urzędu

Informacje uzyskane w wyniku kontroli stanowią dane osobowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych i podlegają ochronie na podstawie przepisów tej ustawy (DzU z 2002 r., nr 101, poz. 926 ze zm.).

**IV. POWIADOMIENIE O CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH**

1. Powiadomienie o kontroli  TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Sposób powiadomienia		Data	Osoba powiadamiana	Osoba powiadamiająca
	Telefon	<input checked="" type="checkbox"/>			
	List polecony	<input type="checkbox"/>			
	Inne	<input type="checkbox"/>			
		16/11/2015	Katarzyna Dynak	Grzegorz Augustyniak	

**V. PRZEPROWADZENIE CZYNNOŚCI KONTROLNYCH**

1. Kontrola została zrealizowana?  TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli NIE podać przyczynę: ND
---	----------------------------------


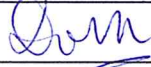

**VI. DANE OSOBOWE OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH**

1. Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia	
	Kierownik zespołu kontrolnego:	Teresa	Dobranowska-Fedorczuk	5/2015 z dnia 31.12.2014 r.
	Członek zespołu:	Michał	Zimecki	4/2015 z dnia 31.12.2014 r.
	Członek zespołu:	Elżbieta	Nakiela-Wołek	61/2015 z dnia 21.04.2015 r.
2. Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości	
	Tadeusz	Goc	Dowód osobisty AVK 080867	
	Marek	Urbański	Dowód osobisty AKF 932940	

**VII. UWAGI**

Uwagi kontrolujących:

ND

Podpis podmiotu kontrolowanego		Podpisy kontrolujących	
			

VIII. ZAŁĄCZNIKI DO RAPORTU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH	
1	Lista kontrolna dla wizytacji w miejscu.
2	Dokumentacja fotograficzna (płyta CD).
3	Lokalizacja operacji.
4	Upoważnienie dla Pana Marka Urbańskiego.

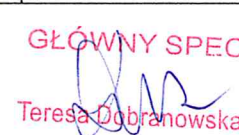



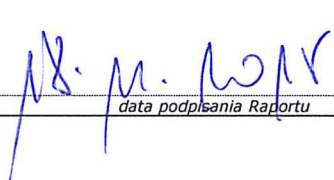


Czynności kontrolne przeprowadzone są na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 7 marca 2007 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (Dz. U. 2013, poz. 173) oraz w trybie określonym w Rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 31 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przeprowadzania kontroli na miejscu i wizytacji w miejscu w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2007-2013 (DzU nr 168, poz. 1181 ze zm.).

Pouczenie:

zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 31 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przeprowadzania kontroli na miejscu i wizytacji w miejscu w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (DzU nr 168, poz. 1181 ze zm), Podmiot kontrolowany ma możliwość:

- przekazania jednostce kontrolującej podpisanego raportu w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania albo,
- zgłoszenia na piśmie zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w raporcie (zgłoszenia należy dokonać przed podpisaniem raportu, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania) albo,
- odmawiając podpisania raportu, złożyć w terminie 7 dni od dnia otrzymania raportu albo od dnia otrzymania stanowiska o nieuwzględnieniu w całości lub części zgłoszonych zastrzeżeń, pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

Jeżeli jednostka kontrolująca nie otrzyma w terminie podpisanego raportu ani umotywowanych zastrzeżeń, uznaje się że podmiot kontrolowany odmówił podpisania raportu.

Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych	17/11/2015 r., godz. 10:00	18/11/2015 r., godz. 13:00	
Przerwy w wykonywaniu czynności kontrolnych	data i godzina rozpoczęcia czynności kontrolnych data i godzina zakończenia czynności kontrolnych		
	ND		
	okresy przerw w wykonywaniu czynności kontrolnych		
Data i miejsce sporządzenia Raportu	18/11/2015	Strzelce Opolskie	
	dd/mm/rrrr	Miejsce sporządzenia Raportu z czynności kontrolnych	
Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Podpis
	Teresa	Dobranowska-Fedorczuk	<p>GLÓWNY SPECJALISTA</p>  <p>Teresa Dobranowska-Fedorczuk</p>
	Michał	Zimecki	<p>INSPEKTOR</p>  <p>Michał Zimecki</p>
	Elżbieta	Nakiela-Wolek	<p>SPECJALISTA</p>  <p>Elżbieta Nakiela-Wolek</p>
Podmiot kontrolowany			<p>BURMISTRZ</p>  <p>Tadeusz Gos</p>
		data podpisania Raportu	podpis
		data otrzymania Raportu	<p>BURMISTRZ</p>  <p>Tadeusz Gos</p>

