

(wzór)

.....
(nazwa podmiotu uprawnionego do kontroli)

....., dnia
(miejsowość)

Program kontroli

Jednostka kontrolowana:

Forma kontroli:
(kompleksowa, problemowa)

Okres objęty kontrolą: od do

Termin przeprowadzenia kontroli: od do

Osoby przeprowadzające kontrolę:

1.
(imię, nazwisko, stanowisko służbowe, departament/biuro, nr legitymacji służbowej)

2.
(imię, nazwisko, stanowisko służbowe, departament/biuro, nr legitymacji służbowej)

Temat kontroli:

1.

Zakres przedmiotowy czynności kontrolnych:

1)

2)

Temat kontroli:

2.

Zakres przedmiotowy czynności kontrolnych:

1)

2)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora departamentu)

.....
(pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej program kontroli)