

(wzór)

.....
(pieczęć jednostki)

....., dnia

Program kontroli

Jednostka kontrolowana:

Forma kontroli:
(kompleksowa, problemowa)

Okres objęty kontrolą: od do

Termin przeprowadzenia kontroli: od do

Osoby przeprowadzające kontrolę:

1.
(imię, nazwisko, departament, stanowisko służbowe)

Zakres przedmiotowy kontroli:

- 1)
- 2)
- 3)

2.
(imię, nazwisko, departament, stanowisko służbowe)

Zakres przedmiotowy kontroli:

- 1)
- 2)
- 3)

3.
(imię, nazwisko, departament, stanowisko służbowe)

Zakres przedmiotowy kontroli:

- 1)
- 2)
- 3)

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

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