

**RAPORT Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH
PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2014-2020**

R-01/344

Rodzaj dokumentu:

Oryginał Kopia Korekta

ZNAK SPRAWY	NUMER DOKUMENTU	NR IDENTYFIKACYJNY									
UM11-65151-UM1100153/16 DPROW-K.052.83.2018	11/7.2.1/0014/18	0	6	5	9	1	8	1	2	0	

I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)

Nazwa poddziałania:	7.2.1 „Wsparcie inwestycji związanych z tworzeniem, ulepszeniem lub rozbudową wszystkich rodzajów małej infrastruktury, w tym inwestycji w energię odnawialną i w oszczędzanie energii”	Data otrzymania zlecenia	08/03/2018 dd/mm/rrrr
Nazwa operacji:	Budowa lub modernizacja dróg lokalnych		
Data złożenia wniosku o płatność:	19.12.2017 r.		
1. Rodzaj czynności kontrolnych:			
1. Wizyta na zlecenie			<input checked="" type="checkbox"/>
2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania			<input type="checkbox"/>
3. Kontrola zlecona manualnie			<input type="checkbox"/>
4. Kontrola ex post/kontrola zobowiązań wieloletnich			<input type="checkbox"/>
5. Kontrola zadania niematerialnego w trakcie realizacji			<input type="checkbox"/>
6. Kontrola uzupełniająca			<input type="checkbox"/>
7. Wizyta uzupełniająca			<input type="checkbox"/>
Czynności kontrolne dotyczą etapu:			
1. Obsługi Wniosku o przyznanie pomocy			<input type="checkbox"/>
2. Po wypłacie zaliczki/po złożeniu IoM			<input type="checkbox"/>
3. Obsługi Wniosku o płatność			<input checked="" type="checkbox"/>
4. Ex-post/zobowiązań wieloletnich			<input type="checkbox"/>
2. Metoda typowania			
3. Przeprowadzający kontrolę	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego		

II. DANE PODMIOTU KONTROLOWANEGO

1. Nazwa podmiotu kontrolowanego	Powiat Gdański																			
NIP	5	9	3	2	1	3	6	7	0	0	REGON	1	9	1	6	7	4	8	4	2
2. Adres zamieszkania/siedziby podmiotu kontrolowanego	Województwo	Pomorskie																		
Powiat/gmina	Gdański															Miasto Pruszcz Gdański				
Miejscowość/kod	Pruszcz Gdański															83-000				
Ulica/nr domu /lokalu/działki	Wojska Polskiego																			
Tel.	(58) 683-53-90										Fax	(58) 683-48-99								
E-mail	sekretariat@powiat-gdański.pl																			
3. Adres korespondencyjny (należy wypełnić w przypadku, gdy inny od powyższego)	Województwo																			
Powiat/gmina																				
Miejscowość/kod																				
Ulica i nr domu/lokalu																				

Podpis podmiotu kontrolowanego	<p>WICESTAROSTA</p>  <p>Marian Cichon</p>	Podpisy kontrolujących	<p>INSPEKTOR</p>  <p>STARSZY S' Konrad Gajda</p>
	<p>CZŁONEK ZARZĄDU</p>  <p>Bernard Pawlak</p>		<p>STARSZY SPECJALISTA</p>  <p>Olechnowicz Borys Olechnowicz</p>

III. OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI (PEŁNOMOCNIK / OSOBA REPREZENTUJĄCA)				
1.	Imię i Nazwisko	Marian Cichon	Stanowisko/funkcja	Wicestarosta
2.	Imię i Nazwisko	Bernard Pawlak	Stanowisko/funkcja	Członek Zarządu





Informacje uzyskane w wyniku kontroli stanowią dane osobowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2016 r. poz. 922 t.j.) i podlegają ochronie na podstawie przepisów tej ustawy.

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"/>	15.03.2018	Konrad Gajdiss	Stefan Skonieczny
		List polecony	<input type="checkbox"/>			
		Inne	<input type="checkbox"/>			

V. PRZEPROWADZENIE CZYNNOŚCI KONTROLNYCH	
1.	Kontrola została zrealizowana? TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

VI. DANE OSOBOWE OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH				
1.	Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia
	Inspektor terenowy:	Konrad	Gajdiss	DO-ZO.087.717.2017 z dnia 22-12-2017
	Inspektor terenowy:	Borys	Olechnowicz	DO-ZO.087.714.2017 z dnia 22.12.2017
2.	Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości
		Marian	Cichon	Dowód osobisty:
		Bernard	Pawlak	Dowód osobisty:

VII. UWAGI	
Uwagi kontrolujących:	
Beneficjent nie zgłasza uwag do przeprowadzonych czynności kontrolnych.	

Podpis podmiotu kontrolowanego	<p>WICESTAROSTA</p>  <p>Marian Cichon</p>	Podpisy kontrolujących	<p>INSPEKTOR</p>  <p>Konrad Gajdiss</p>
	<p>CZŁONEK ZARZĄDU</p>  <p>Bernard Pawlak</p>		<p>STARSZY SPECJALISTA</p>  <p>Borys Olechnowicz</p>