

**Program „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego − edycja 2024 realizowany w ramach Funduszu Solidarnościowego**

Istebna, dnia ……………………….r.

………………………………………………..

( pieczątka realizatora Programu)

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

|  |
| --- |
| **Protokół Nr………..**  **Z przeprowadzonej w dniu………………….kontroli jakości świadczonych usług**  **W ramach Programu „ Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024** |

**MIEJSCE DOKONYWANIA KONTROLI:**

1. **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **IMIĘ I NAZWISKO OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH KONTROLĘ ORAZ STANOWISKO SŁUŻBOWE**

**1………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**2……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **W TRAKCIE KONTROLI USTALONO CO NASTĘPUJE:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………. …………………………………………………………….**

**Podpis i pieczątka osób przeprowadzających kontrolę podpis uczestnika Programu**

|  |
| --- |
|  |