**WZÓR NR 2**

 **PROTOKÓŁ KONTROLI**

Stargard, dnia …………………….… r.

 ……………………………………………

 ( pieczątka Realizatora Programu )

|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ Nr ………** **z przeprowadzonej w dniu ……………. kontroli jakości świadczonych** **usług w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby z Niepełnosprawnością ” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024** |

|  |  |
| --- | --- |
| **GODZINA ROZPOCZĘCIA KONTROLI:** |  |
| **GODZINA ZAKOŃCZENIA KONTROLI:** |  |

**I. MIEJSCE DOKONANIA KONTROLI:**

1. **…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

**II. IMIĘ I NAZWISKO OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH KONTROLĘ ORAZ STANOWISKO SŁUŻBOWE:**

1. **…………………………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**III. W TRAKCIE KONTROLI STWIERDZONO CO NASTĘPUJE:**

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

 **Podpis osób przeprowadzających kontrolę**

 **………………………………………………………**

 **………………………………………………………**