



WZÓR nr 5

PROTOKÓŁ KONTROLI

Stargard, dnia r.

.....

(pieczętka Realizatora Programu)

PROTOKÓŁ Nr

z przeprowadzonej w dniu kontroli jakości świadczonych

usług w ramach Programu „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – edycja 2023

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

.....
.....