

**Rodzaj dokumentu:**

Oryginał  Kopia  Korekta

**ZNAK SPRAWY**

UM12-6502-UM1200007/17

**NUMER DOKUMENTU**

12/4.3/0026/23

**NR IDENTYFIKACYJNY**

0 6 3 6 2 1 6 9 0

**I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)**

Nazwa poddziałania:	„Wsparcie na inwestycje związane z rozwojem, modernizacja i dostosowaniem rolnictwa i leśnictwa”	Data otrzymania zlecenia	30.11.2023 <small>dd/mm/rrrr</small>
Nazwa operacji:	„Scałanie gruntów na terenie obrębu ewidencyjnego Krzyżanowice, Gmina Krzyżanowice”.		
Data złożenia wniosku o płatność:	13.10.2023 r.		
1. Rodzaj czynności kontrolnych:			
1. Wizyta na zlecenie			1 <input type="checkbox"/>
2. Kontrola na miejscu w wyniku typowania			2 <input checked="" type="checkbox"/>
3. Kontrola zlecona manualnie			3 <input type="checkbox"/>
4. Kontrola ex post/kontrola zobowiązań wieloletnich			4 <input type="checkbox"/>
5. Kontrola zadania niematerialnego w trakcie realizacji			5 <input type="checkbox"/>
6. Kontrola uzupełniająca			6 <input type="checkbox"/>
7. Wizyta uzupełniająca			7 <input type="checkbox"/>
Czynności kontrolne dotyczą etapu:			
1. Obsługi wniosku o przyznanie pomocy			1 <input type="checkbox"/>
2. Po złożeniu IoM			2 <input type="checkbox"/>
3. Obsługi wniosku o płatność			3 <input checked="" type="checkbox"/>
4. Ex-post/zobowiązań wieloletnich			4 <input type="checkbox"/>
2. Metoda typowania (AR/LOS/MAN)	<b>MAN</b>		
3. Przeprowadzający kontrolę	<b>Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego</b>		

**II. DANE PODMIOTU KONTROLOWANEGO**

1. Nazwa podmiotu kontrolowanego		Powiat Raciborski																			
	NIP	6	3	9	1	9	8	2	7	8	8	REGON	2	7	6	2	5	5	1	1	1
2. Adres zamieszkania/siedziby podmiotu kontrolowanego	Województwo	śląskie																			
	Powiat/gmina	raciborski														Racibórz					
	Miejscowość/kod	Racibórz														47-400					
	Ulica/nr domu /lokalu/działki	ul. Plac Stefana Okrzei 4																			
	Tel.	032 45 97 304							Fax	032 45 97 329											
	E-mail	bok@powiatraciborski.pl																			
3. Adres korespondencyjny (należy wypełnić w przypadku, gdy inny od powyższego)	Województwo	-																			
	Powiat/gmina	-														-					
	Miejscowość/kod	-														-					
	Ulica i nr domu/lokalu	-																			

Strona  
13

*Kofe*

*6*



**VIII. ZAŁĄCZNIKI DO RAPORTU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH**

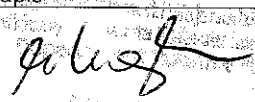
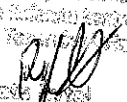
1.	Lista kontrolna
2.	Wykaz faktur i/b dokumentów o równoważnej wartości dowodowej dokumentujących poniesione koszty- kopia (w dyspozycji SW)
3.	Dokumentacja zdjęciowa w dyspozycji SW ( w dyspozycji SW).
4.	Upoważnienia z dnia 30.11.2023- 3 szt.
5.	Zestawienie rzeczowo-finansowe z zaznaczonym zakresem dokumentacji dla poszczególnych odcinków dróg (w dyspozycji SW).
6.	Plan kont z roku 2017 r. i 2023 r., (w dyspozycji SW) Zestawienie obrotów i sald ksiąg pomocniczych- analityka z dnia 01.12.2023 r. (w dyspozycji SW).
7.	Sprawozdanie techniczne z dnia 20.11.2020 r. (w dyspozycji SW).
8.	
9.	
10.	

**Podstawa prawna:**

Czynności kontrolne przeprowadzone w oparciu o zapisy ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2014–2020 (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1234 z późn. zm).

**Pouczenie:**

W przypadku gdy podmiot kontrolowany nie zgadza się z ustaleniami zawartymi w raporcie z czynności kontrolnych może zgłosić jednostce kontrolującej umotywowane uwagi na piśmie do ustaleń w nim zawartych, w terminie 7 dni od dnia doręczenia kopii raportu z czynności kontrolnych, chyba że bezpośrednio po zakończeniu czynności kontrolnych podmiot kontrolowany zgłosił kontrolującą umotywowane uwagi, co do ustaleń zawartych w tym raporcie.

Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych	01.12.2023 godz.: 08:00 <i>data i godzina rozpoczęcia czynności kontrolnych</i>		01.12.2023 godz.: 14:00 <i>data i godzina zakończenia czynności kontrolnych</i>	
Przerwy w wykonywaniu czynności kontrolnych	okresy przerw w wykonywaniu czynności kontrolnych			
Data i miejsce sporządzenia Raportu	01.12.2023 <i>dd/mm/rrrr</i>		Racibórz <i>Miejsce sporządzenia Raportu z czynności kontrolnych</i>	
Kontrolujący	Imię	Nazwisko	Podpis:	
	Mariola	Kowalczyk		
Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Podpis:	
	Renata	Rytel		
Podmiot kontrolowany	01.12.2023 <i>data otrzymania Raportu</i>		Aleksandra Kłosa-Francal <i>podpis</i> INSPEKTOR	
Adnotacja o niepodpisaniu raportu przez podmiot kontrolowany				

