

PROTOKÓŁ Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH*

NROR16/3.1/a/C/01/12 z dnia /2012

(nr OR/ nr działania /a/ etap/ nr prot./rok)

**SEKTOROWY PROGRAM OPERACYJNY RESTRUKTURYZACJA I MODERNIZACJA SEKTORA
ŻYWNOŚCIOWEGO ORAZ ROZWÓJ OBSZARÓW WIEJSKICH 2004 – 2006 PRIORYTET 3 POMOC TECHNICZNA**

ZNAK SPRAWY

DATA WYDRUKU

OR00-61420-OR0000207/08

06.04.2012

WYKONAWCA KONTROLI

ARIMR-OR/DAP

Zachodniopomorski Oddział Regionalny**ETAP REALIZACJI KONTROLI:**

Priorytet 3 Pomoc techniczna

I. Kontrola na zlecenie WAPPT/WOSIS² w DOWO

Działanie: 3.1

Kontrola w wyniku typowania DKM Rekontrola Rozpatrzenie zastrzeżeń do Protokołu II. Wniosek beneficjenta o płatność pośrednią/końcową Etap związania celem **Jednostka kontrolowana**

1.	Nazwa Beneficjenta	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego
----	--------------------	--

Siedziba, kontakt

2.	Lokalizacja projektu	Województwo zachodniopomorskie powiat: Miasto Szczecin Gmina Miasto Szczecin miejscowość Szczecin
----	----------------------	--

3.	Adres siedziby Beneficjenta	Województwo zachodniopomorskie powiat Szczecin Gmina Szczecin kod pocztowy 70-540 miejscowość Szczecin ul. Korsarzy /nr domu/numer lokalu 34
----	-----------------------------	--

4.	Osoba reprezentująca ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) <i>Olgerd</i> Nazwisko <i>Geblenica</i> Stanowisko Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego Nr telefonu 0914893969 Nr faksu 0914893968 Adres poczty elektronicznej sekretariat.marszal@wzp.pl
----	--	--

5.	Pełnomocnik ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) Nazwisko Stanowisko Nr telefonu Nr faksu Adres poczty elektronicznej
----	---	---

6.	Dane osoby/osób uprawnionych do kontaktu	Imię (imiona) <i>Paulina</i> Nazwisko <i>Bucshoushe</i> Stanowisko <i>inspektor</i> Nr telefonu <i>091/31-29-322</i> Nr faksu <i>091/31-29-322</i> Adres poczty elektronicznej <i>p.bucshoushe@wzp.pl</i>
		Imię (imiona) Nazwisko Stanowisko Nr telefonu Nr faksu Adres poczty elektronicznej

Inspektorzy Terenowi w BKM/Pracownicy DOWO przeprowadzający kontrolę

7.	Imię	Nazwisko	Stanowisko
	<i>Marek</i>	<i>Polucha</i>	<i>inspektor</i>
	<i>Katarzyna</i>	<i>Ulinache</i>	<i>inspektor</i>

1.	Data	Sposób powiadomienia	Osoba powiadomiona
	<i>07.05.2012</i>	Telefon nr <i>91 31 29 322</i> /List polecony ²	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI ¹	MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA <i>[Podpis]</i>	PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PACOWNIKA DOWO ²	INSPEKTOR
		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PACOWNIKA DOWO ²	Biura KONTROLI na Miejscu <i>[Podpis]</i>
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ	<i>[Podpis]</i>		Katarzyna Mirocha

¹ P – Wniosek beneficjenta o płatność; C – związanie celem

² Niepotrzebne skreślić

³ Osoba obecna przy kontroli to osoba zapisana w polu 14, 15 lub 16.

p.o. DYREKTORA
Wydział Programów
Rozwoju Obszarów Wiejskich
[Podpis]

Uwagi dotyczące kontroli	
1.	Uwagi Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO ² <i>W sprawie kontroli wyjazdowej i informacji udzielonej Paulina Zuchowska, pracownik IPRON</i>
2.	Uwagi osoby obecnej przy kontroli

Podpisane Protokół			
<i>08.05.2012. godz. 8¹⁵ - 15⁰⁰</i>			
2.	Inspektorzy Terenowi/Pracownicy DOWO ²		INSPEKTOR
	<i>30.04.2012</i>	<i>30.04.2012</i>	Biura Kontroli na miejscu
	Otrzymałem dnia	Otrzymałem dnia	<i>Katarzyna Wrocha</i>
	Podpis	Podpis	Podpis
3.	Osoba obecna przy kontroli		MARSZAŁEK WOJEWODZTWA
	Data podpisania Protokołu		<i>08.05.2012</i>
	Osoba obecna przy kontroli		MARSZAŁEK WOJEWODZTWA
	Otrzymałem dnia		<i>08.05.2012</i>
	Podpis		Podpis

PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ

p.o. DYREKTORA
 Wydziału Programów
 Rozwoju Obszarów Wiejskich
dr inż. Arkadiusz Żych

² Zgodnie z §19 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 27 kwietnia 2007 r. w sprawie trybu kontroli realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności (Dz. U.Nr 90, poz. 602), Wnioskodawca/beneficjent/pelnomocnik w terminie 14 dni od dnia doręczenia Protokołu z czynności kontrolnych:

- może zgłosić zastrzeżenia do treści zawartych w Protokole, przesyłając je wraz z jednym egzemplarzem niepodpisanego Protokołu do ARiMR, albo
- podpisuje Protokół i przekazuje jeden egzemplarz do ARiMR.

Ponadto zgodnie z §19 ust. 8 ww. rozporządzenia w przypadku przekazania jednostce kontrolowanej Protokołu z czynności kontrolnych po rozpatrzeniu zgłoszonych uprzednio zastrzeżeń Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona w terminie do 7 dni od dnia jego otrzymania ma możliwość przesłania podpisanego egzemplarza Protokołu z czynności kontrolnych albo pisemnego uzasadnienia odmowy jego podpisania wraz z jednym egzemplarzem niepodpisanego Protokołu z czynności kontrolnych.

V. Zatwierdzenie Protokołów z czynności kontrolnych		TAK	NIE
1.	Przesłanie Protokołów z czynności kontrolnych drogą pocztową ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egzemplarz <i>Protokołu</i> wysłano w dniu <input type="text"/> Listem poleconym nr <input type="text"/> Podpis pracownika wysyłającego Protokół <input type="text"/>		TAK	NIE
2.	Czy Protokół z czynności kontrolnych sporządzono poprawnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
3.	Wyjaśnienia Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO	
.....			
.....			
.....			
Podpisy Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
		TAK	NIE
4.	Protokół z czynności kontrolnych zatwierdzam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
.....			
Podpis osoby zatwierdzającej Protokół			
Data	/...../20.....	
Podpis i pieczęć		

⁶ W przypadku kontroli przeprowadzanych przez DAPt, Protokół przekazywany jest do jednostki organizacyjnej ARiMR zgodnie z instrukcją kancelaryjną.

*Na podstawie art. 52 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz.U. Nr 116, poz. 1206, z późn. zm.) oraz w nawiązaniu do §2 i §3 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 27 kwietnia 2007 r. w sprawie trybu kontroli realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych oraz Funduszu Spójności (Dz. U. Nr 90, poz. 602).

ZAŁĄCZNIK DO PROTOKOŁU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

NROR16/3.1/a/C/01/12 Z DNIA 08.05.2012r.

Załącznik R-4/04/a/3.1/C

Sektorowy Program Operacyjny Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwój obszarów wiejskich 2004-2006

Priorytet 3 – Pomoc techniczna

Działanie 3.1 – Wspieranie systemu zarządzania i wdrażania Programu

Étap – okres związania celem:

Lp.	Element kontroli	Jedn.	Dane z wniosku	Zgodność z wnioskiem		Uwagi
				TAK	NIE	
I. Miejsce realizacji projektu						
1.	Lokalizacja projektu Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego Ul. Korsarzy 34 70-540 Szczecin woj. zachodniopomorskie			X		
II. Zakres rzeczowy projektu						
1.	1. ZAKRES RZECZOWY¹					
	A. Étap I					
	1. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Główny Specjalista	Miesiące	7	X		(1) (2)
	2. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	2	X		(1) (2)
	3. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	2	X		(1) (2)
	4. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	2	X		(1) (2)
	5. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie	Miesiące	3	X		(1) (2)

¹ Kontrolę należy przeprowadzić w oparciu o Zestawienie rzeczowo-finansowe stanowiące załącznik do Wniosku beneficjenta o płatność

	spoleczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor			X		① ②
	6. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	7	X		① ②
	7. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	7	X		① ②
	8. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	7	X		① ②
	9. Wynagrodzenie miesięczne brutto wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne, płaconymi przez pracodawcę, oraz składkami na FP: Inspektor	Miesiące	7	X		① ②
2.	PŁATNOŚĆ KOŃCOWA					
	1. Projekt został zrealizowany zgodnie z fakturami lub dokumentami księgowymi o równoważnej wartości dowodowej oraz oznaczonymi datą wyciągami bankowymi lub przelewami bankowymi dokumentującymi operacje na rachunku, z którego dokonano płatności lub z innymi dowodami zapłaty złożonymi wraz z wnioskiem o płatność			X		③
III. Zgodność z zapisami umowy²						
1.	Beneficjent nie przeniósł prawa własności lub posiadania nabytych dóbr oraz ich wykorzystania zgodnie z przeznaczeniem.			X		
2.	Beneficjent prowadzi ewidencję pojazdu zgodnie z zasadami określonymi w umowie o dofinansowanie projektu.			X		Zgodnie z umową zobowiązanym do prowadzenia ewidencji księgowej
3.	Beneficjent umieścił w widocznym miejscu logo Unii Europejskiej, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi oraz instytucji wdrażającej na materiałach promocyjnych, informacyjnych i szkoleniowych dotyczących projektu. ³			X	INSPEKTOR Biuro Kontroli 8.06.12	Projekt dotyczący dofinansowania kosztów zatrudnienia.
IV. Kontrola zgodności sprawozdania końcowego z realizacją projektu⁴						
4.	Zgodność sprawozdania ze stanem faktycznym			X		
V. Kontrola zgodności kopii dokumentów dołączonych do wniosku z oryginałami u beneficjenta						
1.	1. Zgodność kopii dokumentów załączonych do wniosku z oryginałami.			X		

² Weryfikacji należy dokonać w oparciu o zapisy umowy/decyzji o dofinansowanie projektu

³ Zgodnie z zasadami dotyczącymi technicznych środków informowania i promocji, określonymi w rozporządzeniu Komisji nr 1159/2000/WE z dnia 30 maja 2000r. w sprawie prowadzenia przez Państwa Członkowskie działań informacyjnych i reklamowych dotyczących pomocy udzielanej z funduszy strukturalnych (Dz. Urz. WE L 130 z dnia 31.05.2000).

⁴ Weryfikacji należy dokonać w oparciu o Sprawozdanie końcowe z realizacji projektu (stanowiące załącznik do Wniosku beneficjenta o płatność końcową)

Uwagi.....

- ① Pobr. dokumentację fotograficzną
 - ② Zweryfikowano na podstawie oryginałów list płac i dokumentację ZUS oraz umowy o pracę.
 - ③ Zweryfikowano na podstawie oryginałów list płac, dokumentacji ZUS, potwierdzeń przelews, posiadanie odbioru wynagrodzeń należnych do UOP
- Na reversach kontrolowanych dokumentów prostakowo ślad weryfikacji w postaci pieczęci i podpisu.

PODPIS OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI ✓	MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA	PODPIS INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO	INSPEKTOR Biura Kontroli na Miejscu Katarzyna Miłrocha
	<i>Olgierd Geblewicz</i>	PODPIS INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO	

pp. DYREKTORA
Wydziału Programów
Rozwoju Obszarów Wiejskich
dr inż. Arkadiusz Żych

