**PROTOKÓŁ KONTROLI**

Wschowa, dnia …………….. r.

……………….………………………..

 (pieczątka Realizatora Programu)

|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ Nr …………..****z przeprowadzonej w dniu ………………. kontroli jakości świadczonych****usług w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023** |

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

1. **MIEJSCE DOKONANIA KONTROLI:**
2. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
3. **IMIĘ I NAZWISKO OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH KONTROLĘ ORAZ STANOWISKO SŁUŻBOWE:**
4. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
5. **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
6. **W TRAKCIE KONTROLI STWIERDZONO CO NASTĘPUJE:**

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

**Podpis osób przeprowadzających kontrolę**

**………………………………………………………….**

**………………………………………………………….**

**………………………………………………………….**