

PROGRAM ROZWOJU OBSZARÓW WIEJSKICH NA LATA 2007-2013

ZNAK SPRAWY

UM12-6921-UM1200044/09

URZĄD GMINY HAŻLACH  
KANCELARIA OGÓLNA

Wpł. 12.07.2012

Nr 1056

podpis

NR IDENTYFIKACYJNY

0 6 2 5 6 1 2 5 0

I. DANE NA TEMAT KONTROLI (wg UM)

1	Przeprowadzający kontrolę	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Data otrzymania zlecenia	06/07/2012 dd/mm/rrrr
2	Działanie:  <b>321</b> <b>Podstawowe usługi dla gospodarki i ludności wiejskiej</b>	Przyczyna kontroli: 1. Wizytacja zlecona na podstawie § 1 ust. 1 i 1a rozporządzenia <i>Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 31 sierpnia 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu przeprowadzania kontroli na miejscu i wizytacji w miejscu w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich na lata 2007-2013 (Dz. U. Nr 168 poz. 1181)</i> 2. Wizytacja zlecona na podstawie § 1. ust. 3 ww. rozporządzenia 3. Kontrola na miejscu w wyniku typowania 4. Wizytacja wynikająca z rozpatrywania podejrzenia wystąpienia nieprawidłowości/rekontrola 5. Wizytacja z tytułu wezwania do usunięcia naruszenia prawa/odwołania 6. Inne:  Kontrola: 1. Wniosku o przyznanie pomocy 2. Wniosku o płatność 3. Etap ex-post	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3	Przedmiot czynności kontrolnych:	<b>Weryfikacja zgodności realizacji operacji ze złożoną do wniosku o płatność dokumentacją.</b>		

II. DANE PODMIOTU KONTROLOWANEGO

1	Nazwa podmiotu kontrolowanego	Gmina Hażlach	
	NIP	5 4 8 2 4 0 4 9 7 3	REGON 0 7 2 1 8 2 4 7 9
2	Adres/siedziba/lokalizacja operacji/działek <sup>1</sup>	Województwo	śląskie
		Powiat/gmina	cieszyński Hażlach
		Miejscowość/kod	Oczyszcz. - Hażlach 43-419 Sam.aseniz.- Hażlach, Rudnik, Zamarski, Kończyce Wlk. 43-419 Brzezówka, Pogwizdów, 43-418,
		Ulica/nr domu /lokalu/działki	-oczyszcz.-Ul. Karnowiec nr 103, nr działek ewidencyjnych 258, 257, 256
		Tel.	- Faks -
		E-mail	-
3	Siedziba i adres podmiotu kontrolowanego <sup>2</sup> (wypełniać w przypadku, gdy różny od powyższego)	Województwo	śląskie
		Powiat/gmina	cieszyński Hażlach
		Miejscowość/kod	Hażlach 43-419
		Ulica i nr domu/lokalu	Główna 57
		Tel.	33 85 69 555 Faks 33 85 67 319
		E-mail	

1 wypełnić lokalizację właściwą dla przeprowadzanej kontroli

2 Wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania/siedziby jest różny od adresu wskazanego w pkt. 2 Lokalizacja operacji/działek rolnych.

Podpis podmiotu kontrolowanego

*Karol Folwarczny*  
WÓJT  
Karol Folwarczny

Podpisy pracowników odpowiedzialnych za realizację czynności kontrolnych

*J. Koszyński*  
*J. Koszyński*

**III. OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI (PEŁNOMOCNIK/OSOBA REPREZENTUJĄCA)**

1. Imię i Nazwisko	Marta Cebula	Stanowisko/funkcja	podinspektor
2. Imię i Nazwisko		Stanowisko/funkcja	

Informacje uzyskane w wyniku kontroli stanowią dane osobowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych i podlegają ochronie na podstawie przepisów tej ustawy (Dz.U. Nr 101, poz. 926 z zm.).

**IV. POWIADOMIENIE O CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH**

1. Powiadomienie o kontroli  TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Sposób powiadomienia	Data	Osoba powiadamiana	Osoba powiadamiająca
	Telefon	11.07.2012	Marta Cebula	Mariola Kowalczyk
	List polecony			
	Inne - osobiście			

**V. PRZEPROWADZENIE CZYNNOŚCI KONTROLNYCH**

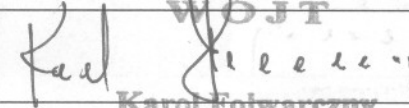
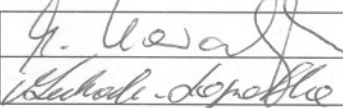
1. Kontrola została zrealizowana?	Data kontroli	Jeśli NIE podać przyczynę:
TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	12/07/2012	n/d

**VI. DANE OSOBOWE OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W CZYNNOŚCIACH KONTROLNYCH**

1. Pracownicy odpowiedzialni za realizację czynności kontrolnych	Imię	Nazwisko	Nr upoważnienia i data jego wystawienia	
	Kierownik zespołu kontrolnego:	Mariola	Kowalczyk	Nr 142/12 z dnia 10.0.2012
	Członek zespołu:	Marta	Łukasik-Łopatka	Nr 239/11 z dnia 10.11.2011
2. Podmiot kontrolowany	Imię	Nazwisko	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości	
	Karol	Folwarczny	Dowód osobisty nr AHW 717091	

**VII. UWAGI**

Uwagi Pracowników odpowiedzialnych za realizację czynności kontrolnych do przebiegu kontroli zostały zawarte w liście kontrolnej (zał. nr 1 do raportu).

Podpis podmiotu kontrolowanego	 Karol Folwarczny	Pracownicy odpowiedzialni za realizację czynności kontrolnych	 Mariola Kowalczyk
--------------------------------	---	---	--

