**WZÓR NR 7**

 **PROTOKÓŁ KONTROLI**

Stargard, 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:** |  |

**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

……………………………………………………………….

 Podpis osób przeprowadzających kontrolę