

**UPOWAŻNIENIE STAROSTY** Nr *Or.I.120.1.18.2019*

do przeprowadzenia kontroli

**Podstawa prawna:**

Zarządzenie Starosty Ostrowieckiego Nr Or.I.120.1.18.2019 z dnia 15.04.2019 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu kontroli wewnętrznej;  
Zarządzenie Starosty Ostrowieckiego Nr Or.I.120.1.56.2011 z dnia 21.11.2011 r. w sprawie ustalenia Regulaminu Kontroli Zarządczej.

**Jednostka kontrolująca:** Starostwo Powiatowe  
ul. Iłżecka 37,  
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

**Jednostka kontrolowana:** Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.

**Temat kontroli:** Funkcjonowanie Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności

I. **Zakres kontroli:** lata 2017 -2019.

II. **Osoba kontrolująca:** M. Magdalena Koleczek Inspektor Stanowisko ds. Kontroli wewnętrznej.

**Funkcja w zespole:** Przewodnicząca.

**Numer dowodu osobistego:**

**Termin ważności upoważnienia:** 30 dni od daty wydania.

STAROSTA

*Marzena Dębniak*

*pieczęć imienna i podpis osoby wydającej upoważnienie)*

**Potwierdzam doręczenie niniejszego upoważnienia oraz okazanie dowodu osobistego przez upoważnionego pracownika Starostwa Powiatowego.**

*(data i podpis kierownika jednostki kontrolowanej)*

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Ostrowcu Świętokrzyskim

*mgr Krzysztof Wojtucho*

*06.06.2019*