

64-120 Krzemieniewo
tel. 65 536 12 00 fax 65 536 94 52
(1) NIP 696-15-98-384

SP ZOZ MSWiA CENTRUM REHABILITACJI
W SÓLŹNIE
Dyrektor
[Podpis]

Załącznik nr 7

.....
Kierownik komórki organizacyjnej lub kierownik jednostki

Oświadczenie częścikowe o stanie kontroli zarządczej

za rok2019.....

(rok, za który składane jest oświadczenie)

Część I¹⁾

Działając na rzecz zapewnienia funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności dla zapewnienia:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem,

oświadczam, że w zakresie zadań i odpowiedzialności mi powierzonych tj. :

SP ZOZ MSWiA CENTRUM REHABILITACJI
W SÓLŹNIE
64-120 Krzemieniewo
tel. 65 536 12 00 fax 65 536 94 52
(1) NIP 696-15-98-384

.....
(należy wpisać nazwę komórki organizacyjnej MSWiA lub jednostki)

Informuję, że:

- A w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.
- B w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.
- C nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

¹⁾ Należy zaznaczyć część A, B lub C

D.

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z:

- monitoringu realizacji celów i zadań,
- samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,
- procesu zarządzania ryzykiem,
- audytu wewnętrznego,
- kontroli wewnętrznych,
- kontroli zewnętrznych,

innych źródeł informacji:

oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej uzyskanych od kierowników
komórek organizacyjnych, raportu z audytu wadzym udzielenych
systemu zarządzania jakością, ankiet badania satysfakcji
pacjenta

Jednocześnie oświadczam, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszego oświadczenia.

Górzno, 18.02.2020 r.
.....
(miejscowość, data)

SP ZOZ MSWiA CENTRUM REHABILITACJI
w GÓRZNIE
.....
(podpis i pieczęć)

Część II ²⁾

1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.

.....
.....
.....
.....

Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej, np. istotną słabość kontroli zarządczej, istotną nieprawidłowość w funkcjonowaniu działów administracji rządowej, istotny cel lub zadanie, które nie zostały zrealizowane, niewystarczający monitoring kontroli zarządczej, wraz z podaniem, jeżeli to możliwe, elementu, którego zastrzeżenia dotyczą, w szczególności: zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi, skuteczności i efektywności działania, wiarygodności sprawozdań, ochrony zasobów, przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania, efektywności i skuteczności przepływu informacji lub zarządzania ryzykiem.

²⁾ Należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w części I B lub C