

.....
(pieczęć jednostki)

.....
(miejsce i data)

.....
(imię i nazwisko Prezydenta Miasta Konina
/ audytora wewnętrznego*)

STANOWISKO KIEROWNIKA KOMÓRKI AUDYTOWANEJ W SPRAWIE ZALECEŃ Z ZADANIA ZAPEWNIĄCEGO

Numer zadania zapewnającego :

Temat zadania zapewnającego :

Numer zalecenia	Akceptacja zalecenia (TAK / NIE)	Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za realizację zalecenia	Termin realizacji zalecenia
1			
2			
3			
...			

Uzasadnienie braku akceptacji zaleceń:

.....
(podpis i pieczęć kierownika komórki audytowanej)

* niepotrzebne skreślić