

.....
(pieczęć jednostki)

.....
(miejsce i data)

.....
Imię i nazwisko kierownika komórki audytowanej

**STANOWISKO PREZYDENTA MIASTA KONINA
W SPRAWIE ZALECEŃ Z ZADANIA ZAPEWNIĄCEGO**

Numer zadania zapewnającego :

Temat zadania zapewnającego :

Podstawa prawna:

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

.....
(data)

.....
(Podpis i pieczęć Prezydenta Miasta Konina)

Do wiadomości: Audytor wewnętrzny Urzędu Miejskiego w Koninie