

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia Dyrektora  
Nr 8/2010/11  
z dnia 10.01.2011 r.

## **REGULAMIN KONTROLI ZARZĄDCZEJ ORAZ ZASADY JEJ KOORDYNACJI W PORADNI PSYCHOLOGICZNO - PEDAGOGICZNEJ W GOLUBIU- DOBRZYNIU**

### **§ 1**

1. Ustalenia niniejszego regulaminu dotyczą:
  - a) sposobu organizacji i zasad wykonywania kontroli zarządczej w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Golubiu-Dobrzyniu,
  - b) ustalenia zasad koordynacji kontroli zarządczej.

### **§ 2**

Użyte w niniejszym regulaminie pojęcia mają następujące znaczenie:

1. kontrola - jest to czynność polegająca na sprawdzeniu stanu faktycznego i porównaniu ze stanem wymaganym (wyznaczonym) w normach prawnych, technicznych, ekonomicznych, regulaminach i instrukcjach sposobu postępowania (procedur), oraz sformułowaniu wniosków i zaleceń pokontrolnych mających na celu zlikwidowanie nieprawidłowości, a także usprawnienie prac kontrolowania jednostek;
2. kontrolę zarządczą - w jednostkach sektora finansów publicznych, stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy;
3. informacja zarządcza - to taka informacja (słowna lub pisemna), która ma wpływ na proces podejmowania decyzji. Może tę decyzję powodować, wymuszać lub modyfikować. Nie skupia się na sprawach sensu stricte finansowych. Obejmuje swym zakresem całokształt pracy Poradni.
4. zalecenie pokontrolne - jest to polecenie podjęcia działania zmierzającego do usunięcia nieprawidłowości, niezgodności z normami prawnymi lub instrukcjami;



5. wniosek pokontrolny - jest to propozycja wprowadzenia zmiany w kontrolowanej jednostce, mająca na celu usprawnienie lub poprawę organizacji pracy;
6. pojęcie procedury - oznacza takie zaprogramowanie przez kierownictwo pracy Poradni w instrukcjach i regulaminach wewnętrznych, aby postępowanie pracowników było zgodne nie tylko z obowiązującymi ustawowymi regulacjami prawnymi, lecz również ze standardami kontroli;
7. procedury obowiązujące w Poradni nazywa się procedurami kontroli. Należy je rozumieć w dwojakim znaczeniu:
  - a) jest to zaprogramowany przez kierownictwo Poradni (w obowiązującej instrukcji wewnętrznej lub regulaminie) sposób realizacji określonych zadań, stanowiący sposób postępowania, a dla osób kontrolujących procedurę kontroli (regulamin udzielania zamówień publicznych, instrukcja kasowa, instrukcja w sprawie zasad zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków, instrukcja obejmująca procedury nadzoru w zakresie gromadzenia, wydatkowania i zwrotu środków publicznych),
  - b) wielopoziomowa kontrola dowodu księgowania od celów dokonania zakupu i sposobu jego dokonania - sprawdzenia pod względem merytorycznym (zastosowany tryb ustawy Prawo zamówień publicznych), poprzez przyjęcie mienia na stan urzędu, sprawdzenie dowodu pod względem formalno - rachunkowym, dokonanie kontroli przez głównego księgowego do zatwierdzenia wypłaty przez dyrektora lub osoby przez niego upoważnione (np. instrukcja sporządzania, obiegu, kontroli i archiwizowania dowodów księgowych, przyjęte przez Poradnię zasady (polityka) rachunkowości);
8. procedury finansowe - są to procedury wynikające bezpośrednio z ustawy o finansach publicznych i z ustawy o rachunkowości oraz wydanych na ich podstawie rozporządzeń wykonawczych;
9. procedury około finansowe - są to procedury wskazane w innych niż finansowych aktach prawnych regulujących pracę Poradni.

### § 3

Główny księgowy zobowiązany jest do opracowania w formie pisemnej i stałego uaktualniania procedur finansowych.



#### § 4

Kontrolę zarządczą sprawowaną przez Dyrektora Poradni stanowią również:

1. kontrola wewnętrzna i zewnętrzna, sprawowana przez osoby wymienione w § 11 niniejszego regulaminu,
2. samokontrola.

#### § 5

1. Koordynację kontroli zarządczej prowadzi Dyrektor Poradni zwany w dalszej treści niniejszego regulaminu koordynatorem.

#### § 6

Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:

1. zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
2. skuteczności i efektywności działania;
3. wiarygodności sprawozdań;
4. ochrony zasobów;
5. przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania; efektywności i skuteczności przepływu informacji;
6. zarządzania ryzykiem.

#### § 7

Kontrola zarządcza powinna być:

1. adekwatna - to znaczy zgodna z zasadami określonymi w obowiązujących aktach prawnych oraz z niniejszym regulaminem, dokładnie odpowiadająca założonym celom kontroli zarządczej,
2. skuteczna - to znaczy, że postępowanie kontrolne powinno się zakończyć wydaniem zaleceń bądź wniosków pokontrolnych,
3. efektywna - to znaczy, że kontrola powinna powodować osiągnięcie założonych celów.

#### § 8

Podstawowe funkcje kontroli zarządczej to:

1. Sprawdzenie czy wydatki publiczne są dokonywane:
  - a) w sposób celowy o oszczędny, z zachowaniem zasad;
  - uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,



- optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów,
  - b) w sposób umożliwiający terminową realizację zadań;
  - c) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań;
2. porównaniu stopnia realizacji podjętych zadań z przyjętymi założeniami,
  3. ocenianie prawidłowości pracy,
  4. wydawanie zaleceń i wniosków pokontrolnych.

## § 9

Etapy postępowania kontrolnego, niezbędne do osiągnięcia zamierzonego celu, obejmują:

1. porównanie stanu faktycznego (efektu) z założeniami oraz ze stanem określonym w normach prawnych, technicznych, regulaminach i instrukcjach postępowania;
2. ustalenie nieprawidłowości;
3. ustalenie przyczyn nieprawidłowości (obiektywnych - niezależnych od działania jednostki kontrolowanej, subiektywnych - zależnych od jej działania);
4. sformułowanie wniosków i zaleceń pokontrolnych zmierzających do likwidacji nieprawidłowości, usprawnienia działalności, osiągnięcia lepszych efektów,
5. omówienie wyników kontroli z dyrektorem Poradni.

## § 10

1. Kontrola zarządcza wewnętrzna może być prowadzona jako:
  - a) kompleksowa - obejmująca całokształt zasadniczych funkcji i statutowych zadań szkoły i może być zlecana tylko przez Dyrektora Poradni;
  - b) problemowa - obejmująca wybrane zagadnienia jednego lub kilku działów;
  - c) doraźna - rewizja, inspekcja, wynikająca z bieżącej pilnej potrzeby sprawdzenia stanu faktycznego, prowadzona w różnych kierunkach;
  - d) sprawdzająca - stosowana do potrzeb, obejmująca ocenę stopnia realizacji zaleceń i wniosków pokontrolnych wydanych w wyniku uprzednio prowadzonych kontroli.



## § 11

Kontrolę zarządczą sprawowaną przez dyrektora Poradni wykonać mogą również:

1. Główny Księgowy;
2. Pracownicy Poradni na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora;
3. Podmioty zewnętrzne (również osoby fizyczne) na zasadzie zawarcia umowy cywilno - prawnej, upoważnione do tego przez Dyrektora Poradni, które zawodowo prowadzą działania kontrolne lub audytowi.

## § 12

1. Dyrektor Poradni opracowuje do końca roku kalendarzowego plan kontroli na następny rok zawierający planowane czynności kontrolne.
2. Plan kontroli zatwierdzony jest przez Dyrektora Poradni.
3. Plan kontroli obejmuje podstawowy zakres kontroli.
4. Plan kontroli może być w każdym czasie zmieniony przez Dyrektora poprzez dodanie innych, wynikających z bieżących potrzeb czynności.
5. Po zakończeniu roku kalendarzowego sporządza się informację o realizacji planu kontroli, która podlega zatwierdzeniu przez Dyrektora.
6. W związku z tym, że jest to informacja zarządcza dla Dyrektora - treść protokołów, notatek udostępniana jest na wniosek.

## § 13

1. Przed przystąpieniem do kontroli, pracownik lub pracownicy mający ją przeprowadzić opracowują tezy dotyczące kontroli, zawierające:
  - a) temat kontroli,
  - b) cel i zadania kontroli,
  - c) okres objęty kontrolą,
  - d) podstawowe dokumenty podlegające badaniu,
  - e) okres trwania kontroli,
  - f) określenie podstawowych przepisów prawnych z zakresu kontroli,
2. Po omówieniu tez dotyczących kontroli, pracownicy przygotowują się do kontroli poprzez zapoznanie się z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz innymi normami i wyznaczeniami.



## § 14

1. Przeprowadzone czynności kontrolne należy udokumentować w postaci protokołu pokontrolnego.
2. Protokół z kontroli winien być sporządzony w ciągu 7 dni od dnia zakończenia kontroli.
3. Jeżeli w wyniku kontroli zostały stwierdzone uchybienia w działalności kontrolowanej jednostki, należy sporządzić zalecenia pokontrolne.
4. W przypadku sformułowania w protokole uwag, wniosków bądź zaleceń pokontrolnych, oprócz osoby kontrolującej protokół przedkłada się do podpisu Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej.  
Protokół traktowany jest w tym przypadku jako wystąpienie pokontrolne.
5. Kopie protokołu wydaje się wszystkim zainteresowanym wymienionym w protokole. Fakt odbioru powinni oni potwierdzić poprzez złożenie podpisu.
6. Osoba kontrolowana może odmówić podpisania protokołu, składając pisemne wyjaśnienie przyczyn odmowy.
7. Odmowa podpisania protokołu przez osobę kontrolowaną nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby kontrolujące i nie wstrzymuje toku dalszych czynności kontrolnych. Informację o odmowie podpisania i jej przyczynach zamieszcza się w protokole.
8. W przypadku braku uchybień, można odstąpić od sporządzenia protokołu i ograniczyć się do sporządzenia notatki służbowej.
9. Osoba kontrolowana zobowiązana jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni wykonać zalecenia pokontrolne.

## § 15

Protokół z kontroli powinien zawierać co najmniej:

1. pełne brzmienie nazwy jednostki kontrolowanej,
2. okres prowadzenia kontroli,
3. imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe przeprowadzającego kontrolę oraz analogiczne dane pracowników udzielających wyjaśnień,
4. określenie przedmiotu kontroli,
5. ustalenia z przebiegu kontroli,
6. określenie wydanych w toku kontroli wniosków i zaleceń,
7. wzmiankę o prawie zgłoszenia pisemnych zastrzeżeń i wyjaśnień do treści protokołu w ciągu 7 dni od daty jego podpisania,
8. określenie ilości egzemplarzy i podanie komu je dostarczono,
9. miejsce i datę sporządzenia protokołu oraz podpisy osób kontrolujących i Dyrektora Poradni.



## § 16

Stosuje się dwa tryby przeprowadzenia kontroli:

1. Tryb roboczy - kiedy wstępnie badamy obszar kontroli. Jeżeli nie stwierdzi się uchybień, błędów, sporządza się wtedy protokół dokumentujący przeprowadzenie kontroli;
2. Tryb protokolarny - stosuje się w przypadku stwierdzenia błędów i nadużyć w celu ewentualnego powiadomienia zewnętrznych organów kontroli instytucjonalnej. Sprawdzenie obszaru kontroli i jej udokumentowanie realizuje się na zasadach kontroli instytucjonalnej.

## § 17

1. Książkę kontroli prowadzonych przez zewnętrzne, uprawnione do tego instytucje kontrolne (RIO, NIK, PIP, sanepid, straż pożarna itp.) prowadzi referent.
2. Referent Poradni ma obowiązek okazywania książki kontroli na każde żądanie osobom upoważnionym do dokonywania kontroli.

## § 18

Kontrola finansowa stanowi jeden z elementów kontroli zarządczej.

## § 19

Kontrola finansowa obejmuje:

1. przeprowadzania wstępnej oceny celowości zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków,
2. badanie i porównywanie stanu faktycznego ze stanem wymaganym w zakresie dotyczącym procesów pobierania i gromadzenia środków publicznych, zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków ze środków publicznych,
3. prowadzenie gospodarki finansowej oraz stosowanie procedur dotyczących procesów, o których mowa w pkt. 2.

## § 20

1. Podstawowe kryteria doboru do kontroli finansowej ustala się na podstawie:
  - a) analizy sprawozdań okresowych,
  - b) analizy wniosków i zaleceń pokontrolnych wydanych przez kontrole instytucjonalne,



2. Innych informacji zarządczych z otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego Poradni.

## § 21

1. W przypadku wymagających specjalnych kwalifikacji, Dyrektor może powołać rzeczoznawcę lub biegłego rewidenta.
2. Rzeczoznawca lub biegły rewident, powołany do udziału w czynnościach kontrolnych, otrzymuje wynagrodzenie wynikające z podpisanej umowy cywilnoprawnej.

## § 22

Jeżeli w toku kontroli okaże się, że potrzebne zbadanie zagadnień należących do właściwości rzeczowej organu kontroli specjalistycznej, kontrolujący może zwrócić się do Dyrektora o sporządzenie wniosku do tego organu czy instytucji o udział w czynnościach kontrolnych lub jej przeprowadzenie.

## § 23

1. Kontrolujący jest uprawniony do wstępu oraz poruszania się na terenie Poradni na podstawie upoważnienia podpisanego przez Dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej.
2. Kontrolujący podlega przepisom o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz przepisom o postępowaniu z wiadomościami zawierającymi tajemnicę państwową i służbową obowiązującą w Poradni.

## § 24

Pracownicy przeprowadzający czynności kontrolne winni być objęci systematycznym szkoleniem w ramach doskonalenia kadr administracji samorządowej.

Niniejszy regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania zarządzenia.

Załączniki:

Załącznik nr 1 - Delegowanie uprawnień

Załącznik nr 2 - Notatka Służbowa

Załącznik nr 3 - Protokół

**DYREKTOR**

*Mariola Waszewska*  
mgr Mariola Waszewska



Załącznik nr 1  
Do regulaminu kontroli zarządczej  
w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej  
w Golubiu-Dobrzyniu.

**Delegowania uprawnień  
Nr..... z dnia 10 stycznia 2011r.**

Przekazuję panu/pani uprawnienie do kontrolowania obszarów  
pracy Poradni zgodnie z planem kontroli zarządczej w Poradni  
Psychologiczno - Pedagogicznej w Golubiu-Dobrzyniu na rok ..... .

podpis osoby  
otrzymującej uprawnienie

podpis  
Dyrektora Poradni



Pieczętka Poradni

Załącznik nr 2  
do regulaminu kontroli zarządczej  
w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej  
w Golubiu-Dobrzyniu.

**NOTATKA SŁUŻBOWA**  
z kontroli przeprowadzonej w dniu .....

Temat kontroli: .....

Okres objęty kontrolą: .....

Osoba kontrolowana: .....

Osoba kontrolująca: .....

Opis:

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

Ustalenia: .....

Kontrolujący:

.....

Kontrolowany:

.....



## PROTOKÓŁ

Z kontroli przeprowadzonej w Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej  
w Golubiu- Dobrzyniu w dniu .....

Osoba kontrolowana .....

Osoba kontrolująca .....

Na podstawie upoważnienia .....

Nr .....z dnia .....

Zakres kontroli:

.....

Okres objęty kontrolą: .....

Ustalenia z przebiegu kontroli:

1. Przepisy prawne .....

2. Stan faktyczny .....

3. Stwierdzone nieprawidłowości .....

.....

Wnioski i zalecenia:.....

.....



.....  
Integralną część protokołu stanowią załączniki:.....  
.....

Pracownik..... został poinformowany o  
(imię i nazwisko)  
przysługującym mu, na podstawie .....

(podstawa: regulamin kontroli), prawie zgłoszenia w ciągu 7 dni od  
daty podpisania protokołu - zastrzeżeń i dodatkowych wyjaśnień  
do protokołu.

Protokół sporządzono w ..... jednobrzmiących egzemplarzach,  
z których jeden znajduje się w sekretariacie Poradni.

Protokół podpisano bez zastrzeżeń/ z zastrzeżeniami co do:

.....  
.....

Zastrzeżenia na piśmie, które załączono do protokołu.

....., dnia .....

.....  
(podpis kontrolowanego)

.....  
(podpis kontrolującego)



**Jednolita Strategia Zarządzania Ryzykiem  
w Poradni Psychologiczno -Pedagogicznej w Golubiu-Dobrzyniu**

**I. Definicje**

§ 1. Przez użyte w „Strategii” określenia, należy rozumieć:

- 1) **Ryzyko** - to prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które może wpłynąć na osiągnięcie celów i realizację nałożonych na jednostkę zadań. Ryzyko jest niepewnością związaną ze zdarzeniem, działaniem lub zaniechaniem działania, które wpłynie na zdolność jednostki do realizacji wyznaczonych celów na każdym z jej szczebli. Ryzyko może więc mieć charakter negatywnego zagrożenia lub pozytywnej możliwości.
- 2) **Zarządzanie ryzykiem** - to podejmowanie działań mających na celu:
  - a) rozpoznanie,
  - b) ocenę,
  - c) wskazanie reakcji na ryzyko,
  - d) kontrolę podjętych działań,
  - e) nadzór i monitorowanie.Celem zarządzania ryzykiem jest ograniczenie ewentualnych negatywnych skutków do akceptowanego poziomu.
- 3) **Właściciel ryzyka** - osoba lub komórka organizacyjna odpowiedzialna za przygotowanie planów działań ograniczających prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka, jak również planu działań zmniejszającego potencjalną stratę w przypadku zmaterializowania ryzyka.
- 4) **Obszar ryzyka** - obszar działalności jednostki, w którym może wystąpić ryzyko.



## II. Istota zarządzania ryzykiem

§ 2. 1. Możliwość występowania ryzyka w osiąganiu celów i realizacji zadań skłania jednostkę do koncentrowania uwagi na powstających zagrożeniach, poszukiwania form obrony przed negatywnymi skutkami ryzyka i dostosowywania działalności do zmieniających się warunków zewnętrznych.

2. Ostrożnościowe podejście do ryzyka oznacza utrzymywanie racjonalnej równowagi pomiędzy prowadzeniem działalności, a kontrolowaniem ryzyka.

3. Ryzyka ze względu na kształtujące je czynniki dzielimy na:

- 1) zewnętrzne - to rodzaj ryzyka determinowanego przez czynniki zewnętrzne;
- 2) wewnętrzne - ryzyko to obejmuje działania danego podmiotu i może być przez ten podmiot kontrolowane.

4. Po dokonaniu szczegółowej analizy ryzyka w jednostce dokonuje się podziału ryzyk ze względu na prawdopodobieństwo wystąpienia na:

- 1) wysokie;
- 2) średnie,
- 3) niskie.

§ 3. Celem zarządzania ryzykiem jest ograniczenie ryzyka oraz zabezpieczanie się przed jego skutkami poprzez:

- 1) **rozpoznanie** - czyli identyfikowanie ryzyka, określenie rodzajów ryzyk, które wiążą się z działalnością jednostki i dokonywanie ich pomiaru;
- 2) **ocenę ryzyka** przy pomocy mierników, których wybór zależy od rodzaju ryzyka jakie podlega ocenie;
- 3) **zarządzanie ryzykiem** - które polega na badaniu efektywności i skuteczności podejmowanych działań, poprzez system kontroli instytucjonalnej i zewnętrznej;
- 4) **kontrolę zarządzania ryzykiem** - której istotą podjętych działań jest ocena zastosowanych metod redukcji ryzyka, prowadząca do skutecznego i efektywnego realizowania celów oraz nałożonych zadań.



### III. Mechanizmy zarządzania ryzykiem

§ 4. W celu wprowadzenia właściwych mechanizmów zarządzania ryzykiem w ramach realizacji procesu zarządzania ryzykiem dokonuje się przeglądu istniejących mechanizmów kontrolnych, które zawarte są w wewnętrznych politykach, zarządzeniach, procedurach, regulaminach i zakresach czynności. W wyniku tego działania należy wskazać możliwe reakcje na ryzyko, które mogą polegać na:

- 1) **tolerowaniu** - w przypadku, kiedy koszty skutecznego przeciwdziałania ryzyku mogą przekroczyć jego potencjalne korzyści, a zdolności do skutecznego przeciwdziałania zdefiniowanym ryzykiem będą ograniczone;
- 2) **przeniesieniu** - dotyczy to pewnej kategorii ryzyk, w odniesieniu do których nastąpi przeniesienie ich na inną instytucję, między innymi poprzez ubezpieczenia czy zlecenie usług na zewnątrz;
- 3) **wycofaniu się** - dotyczy to pewnej grupy ryzyk, które są szczególnie kontrolowane, a ich skutki ograniczane do akceptowanego poziomu;
- 4) **działaniu** - dotyczy to kategorii ryzyk, które wymagać będą podjęcia zdecydowanych, przemyślanych i zaplanowanych działań prowadzących do likwidacji lub znacznego ograniczenia ryzyka.

### IV. Zasady zarządzania ryzykiem

§ 5. 1. Zarządzanie ryzykiem realizowane jest nie tylko przez kierownictwo lecz stanowi zadanie całej jednostki i obejmuje m.in.:

- 1) identyfikację obszarów ryzyka;
- 2) gromadzenie informacji dotyczących ryzyk w poszczególnych obszarach;
- 3) wskazywanie reakcji na ryzyko;
- 4) ograniczanie ryzyk, powstających w działalności jednostki do akceptowanego poziomu;
- 5) podejmowanie działań zmierzających do ograniczenia liczby zidentyfikowanych obszarów ryzyka;
- 6) ograniczanie (eliminowanie) negatywnych skutków ryzyk.



| Lp. | Nazwa obszaru                                                                | Typ obszaru działalności jednostki | Poziom ryzyka w obszarze |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 2.  | Wydatki budżetu                                                              | podstawowa                         | średni                   |
| 3.  | Sprawozdawczość                                                              | wspomagająca                       | średni                   |
| 4.  | Planowanie zamówień publicznych                                              | wspomagająca                       | średni                   |
| 5.  | Przygotowanie i przeprowadzanie postępowań o udzielenie zamówień publicznych | wspomagająca                       | wysoki                   |
| 6.  | Realizacja umów z zakresu zamówień publicznych                               | wspomagająca                       | średni                   |
| 7.  | Wydatki poza ustawą Prawo Zamówień Publicznych                               | wspomagająca                       | średni                   |
| 8.  | Rachunkowość                                                                 | wspomagająca                       | średni                   |
| 9.  | Gospodarka rzeczowymi składnikami majątku                                    | wspomagająca                       | średni                   |
| 10. | Inwentaryzacja                                                               | wspomagająca                       | niski                    |
| 11. | Organizacja i administracja                                                  | wspomagająca                       | niski                    |
| 12. | Zarządzanie zasobami ludzkimi                                                | wspomagająca                       | niski                    |
| 13. | Pisemne procedury wewnętrzne                                                 | wspomagająca                       | niski                    |
| 14. | Zmiany struktury organizacyjnej                                              | wspomagająca                       | niski                    |
| 17. | Zarządzanie systemami informatycznymi                                        | wspomagająca                       | wysoki                   |
| 18. | Bezpieczeństwo i zarządzanie kryzysowe                                       | podstawowa                         | niski                    |
| 20. | Promocja poradni                                                             | podstawowa                         | niski                    |
| 27. | Pozyskiwanie środków zewnętrznych (w tym środków unijnych)                   | wspomagająca                       | średni                   |

## V. Cykliczność i ciągłość zarządzania ryzykiem, analiza ryzyka

§ 6. 1. Niezależnie od działań podejmowanych przez organ stanowiący oraz wykonawczy jednostki i jej kierownictwo – kierownicy komórek organizacyjnych w celu optymalizacji realizacji celów jednostki, w zakresie zarządzania ryzykiem mają za zadanie corocznie wykonywanie następujących czynności:

- 1) ustalenie celów komórki organizacyjnej na następny rok;
- 2) identyfikacja i analiza ryzyka związanego z realizacją tych celów;
- 3) zarządzanie ryzykiem;
- 4) monitoring i działania korygujące;
- 5) przeprowadzenie czynności kontrolnych.

2. Gromadząc informacje niezbędne do identyfikacji i analizy ryzyka należy brać pod uwagę następujące elementy:

- 1) cele i zadania komórki organizacyjnej i wpływ jej działań na działalność jednostki;



- 2) przepisy prawne dotyczące bezpośrednio zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne oraz wpływ zmiany przepisów na realizację tych zadań;
- 3) wyniki przeprowadzanych kontroli wewnętrznych i audytu wewnętrznego, a także wszelkich kontroli zewnętrznych;
- 4) zmiany w obsadzie kadrowej komórki;
- 5) budżet jednostki i komórki organizacyjnej ze szczególnym uwzględnieniem udziału środków unijnych w realizacji zadań statutowych przypisanych poszczególnym komórkom;
- 6) katalog czynów stanowiących naruszenie dyscypliny finansów publicznych;
- 7) wyniki wcześniejszych ocen adekwatności, efektywności i skuteczności procedur i mechanizmów kontroli w jednostce (systemów kontroli wewnętrznej);
- 8) sprawozdania finansowe z wykonania budżetu;
- 9) wyniki rozmów i narad z kierownictwem i innymi pracownikami;
- 10) ankiety i kwestionariusze badające opinię pracowników jednostki;
- 11) informacje dotyczące jednostki opublikowane w prasie, radiu, telewizji, na stronach internetowych (opinia publiczna).

3. Identyfikacji i analizy ryzyka dokonuje się według niżej określonego wzoru
  - w terminie do dnia 15 grudnia roku poprzedzającego analizowany rok:

| Lp. | Cele komórki organizacyjnej na dany rok | Zidentyfikowane ryzyko | Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka | Możliwe skutki zmaterializowania się ryzyka | Akceptowany poziom ryzyka | Reakcja na ryzyko: tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie | uwagi |
|-----|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|
|     |                                         |                        |                                       |                                             |                           |                                                                         |       |

4. Wyniki z identyfikacji i analizy ryzyka podlegają uzgodnieniu z Sekretarzem Powiatu, do którego należy zgłaszać wszelkie inicjatywy zmierzające do ograniczenia obszarów ryzyka, jak i usprawnienia funkcjonowania kontroli zarządczej.

**DYREKTOR**  
mgr Mariola Waszevska