Załącznik nr 4

WZÓR

**OCENA DOKUMENTACJI**

**kandydata numer** ………………………. **na tytuł specjalisty/głównego specjalisty1**

**w kierunku** ………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba dokumentacji przesłanych do oceny:** | | | |  |
| **Wykaz dokumentacji poddanych ocenie:** | rok:………. | numer/znak dokumentacji: | | |
| rok:………. | numer/znak dokumentacji: | | |
| rok:………. | numer/znak dokumentacji: | | |
| **Ocena w zakresie podejmowania przez kandydata w toku:**   1. **czynności kontrolnych istotnych problemów związanych z kierunkiem specjalizacji**2 2. **prowadzonych postępowań istotnych problemów związanych z kierunkiem specjalizacji**3 | | | | |
| ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..……………………….. | | | | |
| **Ocena w zakresie dokonywania pogłębionej i poprawnej merytorycznie analizy:**   1. **ujawnionych nieprawidłowości**2 2. **stanu faktycznego**3 | | | | |
| ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..……………………….. | | | | |
| **Ocena w zakresie prawidłowości stosowania:**   1. **środków prawnych i innych działań adekwatnych do stwierdzonych nieprawidłowości**2 2. **działań adekwatnych do stwierdzonych okoliczności**3 | | | | |
| ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..………………………..  ………………………………………………………………………………..……………………….. | | | | |
| **OCENA DOKUMENTACJI:** | | | **pozytywna/negatywna**1 | |

*(koniec części przekazywanej pracownikowi)*

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………..…… | ……………………………….. |
| *(miejscowość, data)* | *Podpis*  *(Imię i nazwisko, stanowisko,*  *jednostka organizacyjna PIP)* |

1 niepotrzebne skreślić

2 dotyczy oceny dokumentacji z kontroli

3 dotyczy oceny dokumentacji z postępowań