….………….…….

*(znak sprawy)*

**NOTATKA**

**z działań podjętych w celu kontroli agencji zatrudnienia**

**1. podstawa prawna kontroli:**

art. 18o ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.) oraz Regulamin Kontroli Agencji Zatrudnienia

**2. Organ kontroli:** Marszałek Województwa Mazowieckiego - Dyrektor/Wicedyrektor Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Warszawie na podstawie upoważnienia nr …… z dnia ……….. udzielonego przez Marszałka Województwa Mazowieckiego

**3.** **Skład Zespołu kontrolującego:** *(imię i nazwisko, nr upoważnienia i data wystawienia, nr legitymacji służbowej)*

**-** Przewodniczący Zespołu Kontrolującego -………………………………………………………………………….…………………..

- Członek Zespołu Kontrolującego -………………………………………………………………………………………………..………..

**4. Termin przeprowadzenia kontroli:** …..……………………………….. (jeśli termin ustalony w wyniku kontaktu podmiotu kontrolowanego - notatka z rozmowy telefonicznej/ustalenia mailowe – załącznik nr ……….)

**5. Przedmiot i zakres kontroli:\*\***

* Kontrola planowa/doraźna\* sprawdzająca przestrzeganie warunków prowadzenia agencji zatrudnienia, o których mowa w art. 19 i art. 19e-19fa ww. ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy za okres od ……..…. do dnia kontroli
* Sprawdzenie wykonania zaleceń pokontrolnych

**6. Nazwa podmiotu kontrolowanego**:

…………………………………………………………………………………………………………………….-------

**7. Miejsce kontroli: \*\***

* siedziba (jeśli w wyniku kontaktu podmiotu kontrolowanego - notatka z rozmowy telefonicznej/ustalenia mailowe – załącznik nr ……….)
* miejsce wykonywania działalności gospodarczej (notatka z rozmowy telefonicznej/ustalenia mailowe – załącznik nr ……….)
* miejsce przechowywania dokumentacji, w tym ksiąg podatkowych, inne niż siedziba lub miejsce wykonywania działalności gospodarczej ( zgoda/wniosek podmiotu kontrolowanego – załącznik nr …………..)
* siedziba organu kontroli (zgoda podmiotu kontrolowanego – załącznik nr …………..)
* kontrola zdalna (zgoda podmiotu kontrolowanego – załącznik nr …………………….)

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………..

Zawiadomienie o zamiarze wszczęcia kontroli zostało odebrane/nie zostało odebrane i wróciło z adnotacją „……………………….” (zwrotne potwierdzenie odbioru/koperta wraz ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru - załącznik nr …………………)

**8. Zastano/nie zastano\* osobę/y reprezentującą/e podmiot kontrolowany podczas kontroli:**

…………………………………………………………………………………………*(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)*

Tożsamość została potwierdzona przez Zespół kontrolujący na podstawie ………..………..……..……….……….

 *(nazwa dokumentu: dowód osobisty/paszport itp.)*

**9. Ustalenia przyczyn braku przeprowadzenia kontroli** \*\* **wraz z opisem zastanego stanu faktycznego:**

* Nie odnaleziono podmiotu kontrolowanego pod kontrolowanym adresem

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Nie zastano nikogo uprawnionego do reprezentacji podmiotu kontrolowanego

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Podmiot kontrolowany wyprowadził się z miejsca kontroli

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Podmiot kontrolowany odmówił poddaniu się kontroli

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Inne

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**10. Nieprawidłowości stwierdzone w wyniku innych czynności niż przedmiotowa kontrola\*\*:**

* nie stwierdzono
* zaległości z tytułu podatków (załącznik/i nr ………………….)
* zaległości z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych (załącznik/i nr ………………….)
* karalność za przestępstwa lub wykroczenia, o których mowa w art. 121-121b (załącznik/i nr ………………….)
* otwarcie likwidacji/ogłoszenie upadłości\* (załącznik/i nr ………………….)
* zmiana nazwy (załącznik/i nr ………………….)
* świadczenie innych usług agencji zatrudnienia niż wydany/e certyfikat/y (załącznik/i nr ………………….)
* zaprzestanie działalności (załącznik/i nr ………………….)
* zawieszenie/wznowienie działalności\* (załącznik/i nr ………………….)
* zmiana adresu siedziby/miejsca prowadzenia działalności\* (załącznik/i nr ………………….)
* brak informacji o działalności agencji zatrudnienia za ………… rok
* błędna informacja o działalności agencji zatrudnienia za ……………….. rok (załącznik/i nr ………………….)
* brak lokalu do świadczenia usług agencji zatrudnienia (załącznik/i nr ………………….)

**11. Dodatkowe uwagi**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………..

Załączniki (oryginały a/a):

…………………….

**Zespół Kontrolujący:**

………………….…………………………………….

*(podpisy zespołu kontrolującego)*

……………………………………….…………………..

*(miejscowości i data podpisania notatki)*

**Adresat:**

- a/a

- Zespół ds. Rejestru Agencji Zatrudnienia:

……………………………………………………………………………

(Data otrzymania notatki i podpis osoby odbierającej notatkę)