|  |
| --- |
|  |
| (nazwa i adres jsfp) |

PLAN AUDYTU WEWNĘTRZNEGO NA ROK …………

1. **Analiza zasobów osobowych i budżetu czasu komórki audytu wewnętrznego (KAW)**
	1. **Zasoby osobowe KAW**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko pracy** | **Kwalifikacje zawodowe****(wg wymagań przewidzianych ustawą o finansach publicznych)** | **Wymiar etatu** | **Numer telefonu** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Planowana liczba osobodni**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Plan** |
| 1. | Łączny wymiar etatów |  |
| 2. | Liczba osobodni (z uwzględnieniem ilości etatów) |  |

* 1. **Budżet czasu KAW**

| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Liczba osobodni****- plan** | **%** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Planowanie i sprawozdawczość roczna |  |  |
| 2. | Kontynuowanie zadań audytowych z roku poprzedniego (zapewniających i doradczych) |  |  |
| 3. | Planowanie, wykonywanie i dokumentowanie zadań zapewniających |  |  |
| 4. | Planowanie, wykonywanie i dokumentowanie czynności doradczych, w tym wykonanie priorytetu wyznaczonego przez Komitet Audytu przy Ministrze Zdrowia |  |  |
| 5. | Prowadzenie czynności sprawdzających i monitorowanie realizacji zaleceń |  |  |
| 6. | Szkolenia i rozwój zawodowy, w tym samodoskonalenie |  |  |
| 7. | Urlopy i inne nieobecności |  |  |
| 8. | Inne czynności, w tym organizacyjne (uwzględniające obsługę Komitetu Audytu przy Ministrze Zdrowia oraz ocenę wewnętrzną i zewnętrzną audytu wewnętrznego) |  |  |
| 9. | Rezerwa czasowa, w tym na audyt wewnętrzny zlecony przez Ministra Finansów oraz Szefa Krajowej Administracji Skarbowej |  |  |
| Łącznie |  |  |

1. **Wyniki analizy obszarów ryzyka w kolejności od obszarów o najwyższym poziomie ryzyka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Obszar działalności jednostki** | **Typ obszaru działalności:****- podstawowa (P)****- wspomagająca (W)** | **Poziom ryzyka w obszarze:****- wysoki****- średni****- niski** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Planowane zadania zapewniające**

| **Lp.** | **Obszar działalności jednostki, w którym zostanie przeprowadzone zadanie****(tab. 2 kol. 2)** | **Temat zadania zapewniającego****(opcjonalnie)** | **Rodzaj zadania:****- kontynuowane\*)****- przeniesione z roku poprzedniego****- nowo planowane** | **Planowany czas****(osobodni)** | **Uwagi\*\*)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie |  | X |

\*) zadanie kontynuowane – zadanie rozpoczęte i nieukończone, w tym z niepodpisanym sprawozdaniem

\*\*) w szczególności wskazanie potrzeby powołania rzeczoznawcy/ zasięgnięcia opinii eksperta

1. **Planowane czynności doradcze**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Obszar działalności jednostki, w którym zostanie przeprowadzona czynność****(tab. 2 kol. 2)** | **Temat czynności doradczej****(opcjonalnie)** | **Rodzaj czynności:****- kontynuowana\*)****- przeniesiona z roku poprzedniego****- nowo planowana** | **Planowany czas (osobodni)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Łącznie |  |

\*) czynność doradcza kontynuowana – czynność rozpoczęta i nieukończona, w tym z niezakończonym raportowaniem

1. **Planowane czynności sprawdzające i monitorowanie realizacji zaleceń**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zadanie audytowe** | **Obszar działalności jednostki****(tab. 2 kol. 2)** | **Rok zakończenia zadania audytowego** | **Czynność sprawdzająca (S)/ monitorowanie realizacji zaleceń (M)** | **Planowany czas****(osobodni)** |
| **temat** | **rodzaj:****- zadanie zapewniające (Z)****- czynność doradcza (D)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Łącznie |  |

1. **Planowane obszary, które powinny zostać objęte audytem wewnętrznym w perspektywie 3-letniej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Obszar działalności jednostki** | **Typ obszaru działalności:****- podstawowa (P)****- wspomagająca (W)** | **Planowany rok przeprowadzenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Planowany termin przeprowadzenia oceny zewnętrznej funkcjonowania audytu wewnętrznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data raportu z ostatniej oceny zewnętrznej** | **Wariant ostatniej oceny zewnętrznej**  | **Planowany termin przeprowadzenia****następnej oceny** |
| Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę. | Wybierz element. |  |

1. **Inne istotne informacje związane z funkcjonowaniem audytu wewnętrznego w jednostce**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………(data) | ……………………………………………………………………………………………(pieczątka i podpis kierującego KAW) |
| ……………………(data) | ………………………………………………………………………………………(pieczątka i podpis kierownika jednostki) |