Zarządzenie Nr WAO.0050.51.2020
Burmistrza Łomianek
z dnia 12 marca 2020 roku

w sprawie organizacji i zasad funkcjonowania kontroli zarządczej

Na podstawie art. 69 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2019, poz. 869 ze zm.) oraz art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2019 r. poz. 506 ze zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1.

1. Wprowadza się w Urzędzie Miejskim w Łomiankach obowiązek prowadzenia kontroli zarządczej, której celem jest zapewnienie, w szczególności:
1) zgodności działania z obowiązującymi przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
2) skuteczności i efektywności działania,
3) wiarygodności sprawozdań, w tym sprawozdań finansowych,
4) ochrony wszystkich rodzajów zasobów,
5) przestrzegania i promowania wartości etycznych i zasad etycznego postępowania,
6) efektywności i skuteczności przepływu informacji, jej pozyskania, przetwarzania i archiwizowania,
7) zarządzania ryzykiem.

§ 2.

1. Kontrolę zarządczą w Urzędzie Miejskim w Łomiankach (zwanym dalej Urzędem), stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań gminy w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny, adekwatny, skuteczny i terminowy, we wszystkich aspektach jego funkcjonowania i warunkach działania.
2. Kontrola zarządcza jest narzędziem zarządzania i służy samoocenie Urzędu Miejskiego w Łomiankach pod kątem realizacji wyznaczonych celów i zadań.

§ 3.

1. Zobowiązuje się naczelników/kierowników komórek organizacyjnych Urzędu oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach, zgodnie z podziałem kompetencji wynikającym z Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miejskiego w Łomiankach,

do wykonywania kontroli zarządczej, w tym zarządzania ryzykiem w odniesieniu do realizowanych celów i zadań.

2. Pracownicy Urzędu uczestniczą w funkcjonowaniu kontroli zarządczej poprzez właściwe wykonywanie powierzonych im obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.

4. Za koordynowanie zadań związanych z funkcjonowaniem systemu kontroli zarządczej w Urzędzie odpowiada Sekretarz Gminy.

5. Na system kontroli zarządczej składa się całość regulacji zewnętrznych i wewnętrznych obowiązujących w Urzędzie, a także czynności kontrolne obejmujące: samokontrolę zadań wykonywanych na każdym stanowisku pracy, kontrolę funkcjonalną i kontrolę instytucjonalną.

§ 4.

1. System kontroli zarządczej w Urzędzie powinien być spójny, jednolity oraz zgodny z wydanymi przez Ministra Finansów standardami obejmującymi:

1) funkcjonowanie środowiska wewnętrznego;

2) określenie celów realizowanych zadań oraz zarządzanie ryzykiem;

3) tworzenie i funkcjonowanie mechanizmów kontroli;

4) efektywną komunikację i informację zewnętrzną i wewnętrzną;

5) monitorowanie i ocenę.

2. Naczelnicy/kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu zapewniają skuteczność kontroli zarządczej poprzez realizację ustalonych procedur, mechanizmów organizacyjnych uwzględniających standardy kontroli zarządczej oraz ogólnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 5.

Środowisko wewnętrzne w Urzędzie powinno odzwierciedlać postawę oraz rzeczywiste działania w odniesieniu do znaczenia kontroli zarządczej, wpływać na świadomość pracowników, zapewniać dyscyplinę i strukturę organizacyjną umożliwiającą realizację aktualnych celów i zadań oraz opierać się na następujących zasadach:

1) naczelnicy/kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu wspierają i promują przestrzeganie wartości etycznych, dając dobry przykład codziennym postępowaniem i podejmowanymi decyzjami,

2) pracownicy Urzędu są świadomi wartości etycznych, przestrzegają obowiązków pracownika samorządowego podczas wykonywania powierzonych im zadań oraz zasad

postępowania określonych w Kodeksie etyki pracowników Urzędu. Świadomie stosują zasady unikania konfliktu interesów,

3) zapewnienie kompetencji zawodowych następuje poprzez wdrożenie i przestrzeganie rozwiązań dotyczących zatrudniania i rozwoju pracowników, mające na celu zapewnienie zasobów kadrowych posiadających wiedzę, umiejętności i doświadczenie pozwalające na skuteczne i efektywne wykonywanie zadań. Pracownicy mają zapewniony rozwój kwalifikacji zawodowych,

4) struktura organizacyjna dostosowana jest do osiągania optymalnych celów Urzędu - określona jest wewnętrznymi aktami normatywnymi. W Urzędzie, w szczególności Regulaminem Organizacyjnym Urzędu Miejskiego w Łomiankach określającym zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych. Zakres podległości pracowników jest udokumentowany w sposób przejrzysty i spójny, zapewniający rozdzielenie funkcji decyzyjnych, kontrolnych i operacyjnych. Zakresy obowiązków uprawnień i odpowiedzialności są określone indywidualnie dla każdego pracownika i aktualizowane na bieżąco oraz są spójne z opisami stanowisk pracy,

5) delegowanie uprawnień następuje poprzez określenie precyzyjnych zakresów tych uprawnień. Zakres uprawnień delegowanych pracownikowi jest odpowiedni do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego. Przyjęcie delegowanych uprawnień przez pracowników Urzędu następuje w formie pisemnej i jest potwierdzone podpisem.

§ 6.

1. Misją Urzędu jest realizacja zadań publicznych ukierunkowanych na wszechstronny rozwój Gminy Łomianki oraz zaspokajanie zbiorowych i indywidualnych potrzeb mieszkańców.

2. Cele i zadania wyznaczane przez naczelników/kierowników powinny być spójne z misją Urzędu.

3. Urząd dokonuje hierarchizacji celów i zadań.

4.Zarządzanie ryzykiem realizowane jest przez naczelników/kierowników komórek organizacyjnych Urzędu oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach i ma ono na celu zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia wyznaczonych celów i skutecznej realizacji zadań Gminy Łomianki.

5.Za identyfikację ryzyka w odniesieniu do zadań realizowanych przez komórki organizacyjne Urzędu odpowiadają naczelnicy/kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach.

6. Identyfikacja ryzyka jest dokonywana raz w roku i odnosi się do kluczowych celów i zadań Urzędu.
7. Zidentyfikowane ryzyka są poddawane analizie mającej na celu określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego ryzyka i możliwych jego skutków.
8. W stosunku do każdego istotnego poziomu ryzyka są określane rodzaje reakcji oraz działania, które są podejmowane w celu zmniejszenia ryzyka do poziomu akceptowalnego.
9. Dane związane z zarządzaniem ryzykiem w Urzędzie są przedmiotem analizy zbiorczej prowadzonej przez Audytora Wewnętrznego i służą podejmowaniu działań korygujących i doskonalących.
10. Naczelnicy/kierownicy komórek organizacyjnych Urzędu w ramach kontroli zarządczej dbają o minimalizowanie ryzyka niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków mających wpływ w szczególności, na:
1) uszczuplenie wpływów należnych,
2) dokonanie wydatku powodującego przekroczenie kwoty wydatków ustalonej w planie finansowym jednostki,
3) zaciągnięcie zobowiązania bez upoważnienia określonego w uchwale budżetowej, planie finansowym jednostki lub w odrębnym imiennym upoważnieniu albo przekroczenie zakresu tego upoważnienia,
4) niewykonanie w terminie zobowiązania, w tym obowiązku zwrotu podatku, nadpłaty lub nienależnie opłacanych składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
5) udzielenie zamówienia publicznego wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych,
6) zawarcie umowy w sprawie zamówienia publicznego z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych dotyczących formy pisemnej umowy, okresu, na który umowa może być zawarta lub terminu jej zawarcia,
7) niewyłączenie z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego osoby podlegającej wyłączeniu z takiego postępowania na podstawie przepisów o zamówieniach publicznych,
8) unieważnienia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z naruszeniem przepisów o zamówieniach publicznych określających przesłanki unieważnienia tego postępowania,
9) dokonanie, w zakresie gospodarki finansowej lub w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego czynności naruszającej dyscyplinę finansów publicznych przez osobę nieupoważnioną do wykonania tej czynności,

10) działanie lub zaniechanie skutkujące zapłatą ze środków publicznych kary, grzywny lub opłaty stanowiącej sankcję finansową, do których stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

§ 7.

1. W ramach systemu kontroli zarządczej funkcjonują mechanizmy kontroli dostosowane do potrzeb Urzędu.
2. Mechanizmy kontroli zarządczej, są ujęte w funkcjonującej w Urzędzie procedurze zapewniającej właściwą realizację zadań, minimalizację ryzyk, a także transparentność wykonywanych czynności i podejmowanych decyzji, w szczególności odnoszące się do operacji finansowych i gospodarczych, a także innych znaczących zdarzeń.
3. Nadzorowanie jest funkcją kierowania będącą integralną częścią ogółu działań zarządczych wykonywanych przez naczelników/kierowników komórek organizacyjnych Urzędu, których celem jest zapewnienie zgodnego z prawem, oszczędnego, efektywnego i skutecznego działania.
4. W Urzędzie prowadzony jest właściwy nadzór w ramach hierarchii służbowej obejmujący: jasne komunikowanie obowiązków, zadań i odpowiedzialności pracownikowi, udzielanie wsparcia merytorycznego, bieżące kontrolowanie jakości i poprawności podejmowanych działań oraz systematyczną ocenę pracy.
5. W Urzędzie zapewnione są odpowiednie mechanizmy wykorzystujące w szczególności wyniki analizy ryzyka oraz zasady delegowania uprawnień, zastępstw, których celem jest utrzymanie, w każdym czasie i okolicznościach, ciągłości działania, w szczególności operacji finansowych i gospodarczych.
6. Dostęp do zasobów finansowych, materialnych i informacyjnych Urzędu mają wyłącznie upoważnione osoby na podstawie odpowiednich dokumentów.
7. Mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych realizowanych przez Urząd są regulowane odrębnymi procedurami zapewniającymi ich rzetelność, dokumentowanie i rejestrowanie, a także zatwierdzanie przez osoby upoważnione do autoryzacji operacji finansowych. Kluczowe obowiązki pracowników Urzędu uprawnionych do zatwierdzania operacji finansowych są rozdzielone tak, aby zapewnić wiarygodność i pełną ich weryfikację.
8. Mechanizmy kontroli systemów informatycznych funkcjonujących w Urzędzie, które ograniczają lub wykrywają nieuprawniony dostęp do zasobów informatycznych, regulowane

są odrębnymi procedurami, mającymi na celu ochronę przed nieautoryzowanymi zmianami, utratą lub ujawnieniem danych.

9. W Urzędzie funkcjonują mechanizmy kontroli instytucjonalnej, funkcjonalnej oraz samokontroli.

10. Kontrola instytucjonalna prowadzona jest przez wyodrębnioną, powołaną do tego celu komórkę organizacyjną oraz zewnętrzne instytucje kontroli.

11. Kontrola funkcjonalna wykonywana jest przez osoby na stanowiskach kierowniczych i ma na celu zapewnienie, że:

1) działania podległych im jednostek i komórek organizacyjnych pozostają w zgodzie z przepisami prawa, procedurami wewnętrznymi oraz ze standardami kontroli zarządczej,

2) sprawozdania są wiarygodne, a dane i informacje publikowane lub udostępniane są dokładne i aktualne,

3) plany, programy, zamierzenia i cele jednostek i komórek organizacyjnych są osiągane,

4) podejmowane działania są realizowane skutecznie i efektywnie,

5) zasoby są używane oszczędnie i w sposób przynoszący pożytek, a jakość wykonywanych usług stale doskonalona,

6) zasoby informatyczne, systemy, dane i informacje są dostatecznie zabezpieczone,

7) zadania są przypisane pracownikom stosownie do posiadanych przez nich kwalifikacji i cech osobistych,

8) zakresy czynności pracowników i udzielone im upoważnienia są na bieżąco aktualizowane,

9) funkcje decyzyjne, kontrolne i operacyjne są rozdzielone,

10) ryzyka związane z realizacją zadań są na bieżąco identyfikowane i monitorowane w celu ciągłej poprawy skuteczności i efektywności działania.

§ 8.

1. Urząd zapewnia pracownikom dostęp do informacji niezbędnych do wykonywania komunikacji zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej.

2. System komunikacji wewnętrznej zapewnia skuteczne przekazywanie informacji w obrębie struktury organizacyjnej Urzędu. System ten oparty jest na wykorzystaniu różnorodnych kanałów informacyjnych, takich jak: sieci wewnętrznej Internet, bezpośrednich kontaktów, systemu dekretacji dokumentów, narad.

3. W celu zapewnienia efektywnej komunikacji zewnętrznej realizowanej pomiędzy Urzędem a jednostkami podległymi i nadzorowanymi oraz pomiędzy Urzędem a podmiotami zewnętrznymi, funkcjonuje system oparty na wykorzystaniu różnorodnych kanałów

informacyjnych: stron www, Biuletynu Informacji Publicznej, korespondencji tradycyjnej oraz prowadzonej drogą elektroniczną.

§ 9.

1. System kontroli zarządczej w Urzędzie podlega bieżącemu monitorowaniu i ocenie w celu zidentyfikowania ewentualnych problemów.
2. Monitorowanie i ocena wykonywana jest odpowiednio przez naczelników/kierowników komórek organizacyjnych Urzędu.
3. Audytor wewnętrzny realizując zadania w oparciu o roczny plan audytów, na podstawie ustawy o finansach publicznych oraz procedur wewnętrznych regulujących zasady prowadzenia audytu wewnętrznego, prowadzi obiektywną, niezależną ocenę adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w badanych obszarach.
4. Referat Kontroli Wewnętrznej realizując zadania kontrolne dokonuje sprawdzenia funkcjonowania kontroli zarządczej, w szczególności systemu kontroli finansowej w Urzędzie poprzez ocenę zgodności działania z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.
5. Zarządzający komórką organizacyjną w ramach wykonywania bieżących obowiązków przełożonego, przy pomocy pracowników, monitorują skuteczność systemu kontroli zarządczej i jego poszczególnych elementów oraz rozwiązują na bieżąco zidentyfikowane problemy.

§ 10.

1. System zarządzania ryzykiem w Urzędzie realizowany jest na poziomie komórek organizacyjnych Urzędu.
2. Zarządzanie ryzykiem obejmuje rozpoznawanie i analizę zewnętrznych oraz wewnętrznych ryzyk zagrażających realizacji wyznaczonych celów.
3. System zarządzania ryzykiem obejmuje następującą sekwencję zachodzących po sobie czynności:

1) określenie celów i zadań komórek organizacyjnych Urzędu;
2) identyfikację ryzyka;
3) analizę i ocenę występujących ryzyk;
4) prowadzenie bieżącego monitorowania i reagowanie na ryzyko poprzez – tolerowanie i włączenie mechanizmów kontrolnych, przeniesienie, wycofanie się.

§ 11

1. Metodami przeciwdziałania ryzyka są:

1) kontrolowanie i ograniczanie ryzyka poprzez stosowanie mechanizmów kontroli zarządczej lub wprowadzanie dodatkowych procedur kontrolnych w danym procesie;
2) przeniesienie ryzyka- przekazanie ryzyka podmiotowi zewnętrznemu np. w drodze ubezpieczenia się od ryzyka;
3) zakończenie działań obarczonych ryzykiem- wycofanie się z danego rodzaju działalności;
4) tolerowanie ryzyka- świadome podjęcie ryzyka przy niskiej istotności.

2. Podstawowym rodzajem reakcji na ryzyko w Urzędzie Miejskim jest kontrolowanie i ograniczanie ryzyka.

3. W celu ustalenia metody przeciwdziałania ryzyku należy przeanalizować:

1) przyczyny (źródła) ryzyka i możliwe scenariusze rozwoju zdarzeń;
2) istniejące mechanizmy kontrolne stosowane w celu ograniczenia lub uniknięcia tego ryzyka;
3) skuteczność istniejących mechanizmów kontroli tj. zakres w jakim przeciwdziałają ryzyku, a poprzez to ułatwiają realizację ustalonych celów i zadań;
4) relację kosztów wdrożenia działań, które stanowiłyby odpowiedź na ryzyko oraz korzyści uzyskanych z tych działań, gdyż koszty podejmowanych działań nie powinny być wyższe niż spodziewane korzyści z tych działań.

§ 12.

1. Identyfikacja ryzyka polega na ustaleniu możliwości wystąpienia określonych zdarzeń, które będą miały wpływ na realizację poszczególnych celów i zadań.

2. Podczas identyfikacji ryzyka należy przeanalizować:

1) cele i zadania ustalone w planach i programach oraz projektach i zadaniach realizowanych w toku bieżącej działalności,
2) zagrożenia związane z osiąganiem celów i realizowaniem zadań wraz z ich wewnętrznymi i zewnętrznymi przyczynami oraz możliwymi scenariuszami rozwoju zdarzeń.

3. Ustala się następujące obszary ryzyka:

1) ryzyko finansowe, w tym związane z planowaniem dochodów i wydatków, gospodarowaniem środkami publicznymi, udzielaniem zamówień publicznych, zlecaniem zadań publicznych, realizacją projektów unijnych,
2) ryzyko dotyczące zasobów ludzkich związane z zatrudnianiem pracowników, ich kwalifikacjami, kompetencjami itd.,

3) ryzyko działalności związane z organizacją pracy i podejmowaniem decyzji, naruszeniem przepisów prawa, funkcjonowaniem kontroli wewnętrznej, przepływem informacji, wykorzystaniem systemów informatycznych itd.,
4) ryzyko zewnętrzne dotyczące miedzy innymi infrastruktury (baza lokalowa, wyposażenie, środki łączności, środki transportu), czynniki ekonomiczne, zmiana przepisów prawa.

§ 13.

1. Ocena ryzyka polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka i jego skutku a następnie ustaleniu istotności ryzyka.
2. Istotność ryzyka wyrażona jest jako iloczyn (określonych punktowo) prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka oraz jego potencjalnych skutków.
3. określenie istotności ryzyka pozwala na dokonanie oceny i hierarchizację ryzyka tj. uporządkowanie zidentyfikowanych i oszacowanych rodzajów ryzyka ze względu na ich znaczenie w zależności od stopnia, w jakim dane ryzyko zagraża realizacji zadań i celów gminy.
4. Do oceny istotności ryzyka stosuje się skalę obejmującą następujące poziomy:
1) ryzyko wysokie- poważnie wpływa na działalność gminy; uniemożliwia realizację zadań i celów; rodzi straty finansowe; wymaga podjęcia natychmiastowych działań naprawczych (ryzyko o wysokim wpływie oraz wysokim i średnim prawdopodobieństwie; ryzyko o średnim wpływie i wysokim prawdopodobieństwie);
2) ryzyko średnie – potencjalnie wpływa na działalność gminy; jest zagrożeniem dla realizacji zadań i celów; zagraża powstaniem strat finansowych; wymaga ustawicznego sprawdzania i monitorowania oraz wprowadzania stosownych działań (ryzyko o średnim wpływie oraz niskim prawdopodobieństwie; ryzyko o średnim wpływie i wysokim prawdopodobieństwie);
3) ryzyko niskie – nie ma wpływu na działalność Starostwa; nie umożliwia realizacji zadań i osiągania celów; wymaga monitorowania i w miarę potrzeby sprawdzania; (ryzyko o niskim wpływie oraz średnim i niskim prawdopodobieństwie).
5. Ryzykiem akceptowalnym jest ryzyko o poziomie istotności niskim.
6. Ryzyko o poziomie istotności średnim i wysokim przekracza akceptowalny poziom ryzyka i wymaga ustalenia oraz podjęcia działań ograniczających to ryzyko poprzez zmniejszenie jego skutku lub prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka.

§ 14.

1. Określenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka polega na ustaleniu przewidywalnej częstotliwości występowania zdarzenia objętego ryzykiem w trakcie roku.
2. Do określenia prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka stosowany jest opis jakościowy przy zastosowaniu skali ocen:
1) prawdopodobieństwo wysokie – gdy ryzyko wystąpi wielokrotnie w ciągu roku; ryzyko z prawdopodobieństwem wysokim przyjmuje wartość 3;
2) prawdopodobieństwo średnie – gdy ryzyko wystąpi kilkakrotnie w ciągu roku; ryzyko z prawdopodobieństwem średnim przyjmuje wartość 2;
3) prawdopodobieństwo niskie – gdy ryzyko wystąpi raz w ciągu roku; ryzyko z prawdopodobieństwem niskim przyjmuje wartość 1.
3. Określenie wpływu wystąpienia ryzyka polega na ustaleniu przewidywanych skutków jakie będzie miało wystąpienie zdarzenia objętego ryzykiem dla realizacji zadań i osiągania zaplanowanych celów; uwzględnia się przy tym w szczególności konsekwencje prawne, finansowe i organizacyjne zaistniałego zdarzenia oraz jego wpływ na wizerunek gminy i bezpieczeństwo pracowników.
4. Do określenia wpływu ryzyka używany jest opis jakościowy przy zastosowaniu skali ocen:
1) wysokie skutki – poważny wpływ na realizację zadania (zagrożenie terminu jego realizacji) i osiągnięcie celu; poważne konsekwencje prawne, zagrożenie bezpieczeństwa pracowników, poważne straty finansowe, poważny wpływ na wizerunek gminy, ryzyko ze skutkiem wysokim przyjmuje wartość 3,
2) średnie skutki - średni wpływ na realizację zadania (zagrożenie terminu jego realizacji) i osiągnięcie celu; umiarkowane konsekwencje prawne, niewielkie zagrożenie bezpieczeństwa pracowników, średnie straty finansowe, średni wpływ na wizerunek gminy, ryzyko ze skutkiem średnim przyjmuje wartość 2,
3) małe skutki – mały wpływ na realizację zadania i osiągnięcie celu, brak skutków prawnych, mały skutek finansowy, brak wpływu na bezpieczeństwo pracowników, niewielki wpływ na wizerunek gminy, ryzyko ze skutkiem niskim przyjmuje wartość 1.

§ 15.

1. Na podstawie dokonanej identyfikacji i oceny ryzyka oraz określenia metody przeciwdziałania ryzyku, naczelnicy wydziałów, kierownicy i samodzielne stanowiska opracowują „Rejestr ryzyka”, według wzoru określonego w załączniku Nr 1 do zarządzenia.

2. Naczelnicy/kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach Urzędu składają Burmistrzowi Łomianek do dnia 31 stycznia rejestr ryzyka na dany rok.

§ 16.

1. Samoocena i informacja o stanie kontroli zarządczej:

1) Ocena systemu kontroli zarządczej jest dokonywana w drodze samooceny. Samoocena kontroli zarządczej jest czynnością, w której dokonywana jest analiza funkcjonowania kontroli zarządczej w celu uzyskania racjonalnego potwierdzenia, że funkcjonuje ona w sposób dający zapewnienie realizacji celów i zadań zgodnie z prawem, efektywnie, oszczędnie i terminowo. Samoocena powinna być udokumentowana.

2) Samoocena kontroli zarządczej przeprowadzana jest przez naczelników/kierowników komórek organizacyjnych oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach Urzędu

3) Samoocenę przeprowadza się przy zachowaniu zasad rzetelności i bezstronności dokonywanych ocen, poprzez odniesienie się do istniejących dowodów funkcjonującego systemu kontroli zarządczej.

4) Naczelnik/kierownik komórki organizacyjnej oraz pracownik na samodzielnym stanowisku decyduje, które pytania kwestionariusza samooceny dotyczą działania danej komórki. Wzór kwestionariusza stanowi załącznik Nr 2 do niniejszego zarządzenia.

5) Samoocenę za rok poprzedni przeprowadza się do 15 stycznia każdego roku.

6)Na podstawie otrzymanych wyników samooceny naczelnik/kierownik komórki organizacyjnej Urzędu przeprowadza analizę kontroli zarządczej, która może wskazywać, że funkcjonuje ona w sposób:

a) dający zapewnienie,

b) dający zapewnienie z zastrzeżeniami,

c) nie dający zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

7) Analiza samooceny opiera się na weryfikacji odpowiedzi twierdzących udzielonych przez wypełniających kwestionariusz, o którym mowa w ust.4, według przyjętej trzystopniowej skali ocen:

a) negatywna - od 0,00 do 49,99% - wyraźne i niedostateczne przestrzeganie standardów kontroli zarządczej, wskazujące na występowanie nieprawidłowości. Wymaga bezzwłocznej reakcji (wdrożenia działań korygujących) ze strony naczelnika/kierownika komórki

organizacyjnej Urzędu. Kontrola zarządcza nie daje należytego zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy;

b) pozytywna z zastrzeżeniami - od 50% do 74,99% - dostateczne i dobre przestrzeganie standardów kontroli zarządczej, występowanie nielicznych zastrzeżeń. Działania korygujące i usprawniające kontrolę zarządczą powinny nastąpić w czasie ustalonym przez kierownika komórki organizacyjnej Urzędu. Kontrola zarządcza daje z zastrzeżeniami zapewnienie realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy;

c) pozytywna - od 75% do 100% - bardzo dobre wypełnianie standardów kontroli zarządczej, minimalny poziom, mało istotnych uchybień dotyczących skuteczności kontroli zarządczej. Wdrożenie usprawnień zależy od decyzji kierownika komórki organizacyjnej Urzędu. Kontrola zarządcza daje zapewnienie należytego funkcjonowania.

§ 17.

Zidentyfikowane słabości stwierdzone w samoocenie funkcjonowania kontroli zarządczej, wraz z opisem proponowanych działań zwiększających skuteczność, efektywność i adekwatność funkcjonowania kontroli zarządczej należy wskazać w informacji o stanie kontroli zarządczej, o której mowa w § 19.

§ 18.

W celu potwierdzenia przeprowadzenia analizy funkcjonowania kontroli zarządczej oraz poinformowania, że kontrola zarządcza zapewnia realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy naczelnik/kierownik komórki organizacyjnej oraz pracownik na podzielnym stanowisku składa "Informację o stanie kontroli zarządczej" na formularzu, którego wzór stanowi załącznik Nr 3 do niniejszego zarządzenia.

§ 19.

Informację o stanie kontroli zarządczej naczelnik/kierownik komórki organizacyjnej oraz pracownicy na samodzielnych stanowiskach przekazują do Sekretarza w wersji elektronicznej do 15 lutego każdego roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.

§ 20.

Sekretarz Gminy przygotowuje raport oceny funkcjonowania kontroli zarządczej w Urzędzie Miejskim w Łomiankach zawierający wyniki samooceny kontroli zarządczej wraz

ze zbiorczym zestawieniem informacji o stanie kontroli zarządczej, który przekazuje Burmistrzowi Łomianek do końca lutego roku następującego po roku, który jest objęty raportem.

§ 21.

Raport oceny funkcjonowania kontroli zarządczej oraz złożone przez naczelników/kierowników oraz pracowników na samodzielnych stanowiskach informacje o stanie kontroli zarządczej są gromadzone i udostępniane w Wydziale Administracyjno-Organizacyjnym. Kopię raportu o stanie kontroli zarządczej jest przekazywana do wiadomości Audytora Wewnętrznego, który korzysta z raportu przy przeprowadzaniu audytów wewnętrznych.

§ 22.

W związku z obowiązkiem zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej kierownicy jednostek organizacyjnych w Gminie Łomianki w terminie do 15 marca za rok poprzedni, składają Burmistrzowi Łomianek oświadczenie (zgodnie z załącznikiem nr 5).

§ 23.

Wykonanie zarządzenia powierza się naczelnikom/kierownikom komórek organizacyjnych Urzędu oraz kierownikom jednostek organizacyjnych w zakresie opisanym w § 21.

§ 24.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 25.

Traci moc Zarządzenie Nr WAO.0050.113.2019 Burmistrza Łomianek z dnia 15 maja 2019 roku i Zarządzenie WAO.0050.147.2019 Burmistrza Łomianek z dnia 27 czerwca 2019 roku.

Burmistrz Łomianek

Małgorzata Żebrowska-Piotrak

[podpisano elektronicznie]

Załącznik nr 1
do Zarządzenia nr WAO.0050.51.2020
Burmistrza Łomianek
z dnia 12 marca 2020 r.

REJESTR RYZYKA								
WYDZIAŁ:								
Identyfikacja ryzyka			**Analiza ryzyka**			**Reakcja na ryzyko**		
LP.	**OBSZAR RYZYKA**	**OPIS RYZYKA**	**PRAWDOPODOBIEŃSTWO WYSTĄPIENIA**	**SKUTKI/ WPŁYW RYZYKA**	**ISTOTNOŚĆ RYZYKA (4 X 5)**	**DZIAŁANIA PODJĘTE**	**DZIAŁANIA PLANOWANE**	**WŁAŚCICIEL RYZYKA**
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zadanie nr 1								
Zadanie nr 2								
Zadanie nr 3								

Załącznik nr 2
do Zarządzenia nr WAO.0050.51.2020
Burmistrza Łomianek
z dnia 12marca 2020 r.

	KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY		
l.p.	**wyszczególnienie**	**tak/ nie**	**1/0**
1.	**ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE**		
1.1.	**Przestrzeganie wartości etycznych**		
1.1.1.	Czy wdrożono dokument zawierający kodeks etyki lub zasady etycznego postępowania obowiązujący w jednostce?		
1.1.2.	Czy zapewniono zapoznanie się z dokumentem zawierającym zasady etycznego postępowania przez wszystkich pracowników jednostki?		
1.1.3.	Czy ustalono zasady promowania właściwych zachowań etycznych?		
1.1.4.	Czy ustalono zasady, z których wynika, że w każdym ujawnionym przypadku naruszenia obowiązujących zasad etycznych zostanie wszczęte postępowanie dyscyplinarne?		
1.1.5.	Czy określono zasady wyłączenia pracownika, w każdym przypadku wystąpienia okoliczności mogących mieć wpływ na obiektywizm przy realizacji zadań?		
1.1.6.	Czy określono zasady eliminujące dyskryminację pracowników?		
1.1.7.	Czy określono zasady eliminujące dyskryminację klientów?		
1.2.	**Kompetencje zawodowe**		
1.2.1.	Czy wszystkie stanowiska pracy posiadają ustalone wymagania kwalifikacyjne, w których zawarto co najmniej informację o niezbędnym wykształceniu, pożądanym stażu pracy oraz inne konieczne wymagania kwalifikacyjne?		
1.2.2.	Czy ustalono zasady naboru na wolne stanowiska pracy?		
1.2.3.	Czy istnieje system podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników?		
1.2.4.	Czy istnieje system okresowej oceny pracowników?		
1.2.5.	Czy istnieje polityka awansowania pracowników?		
1.2.6.	Czy ustalono zasady wynagradzania pracowników?		
1.2.7.	Czy w budżecie zabezpieczono środki na podnoszenie kwalifikacji przez pracowników?		
1.2.8.	Czy istnieje system weryfikacji potrzeb szkoleniowych w jednostce?		
1.2.9.	Czy istnieje okresowa sprawozdawczość z realizacji systemu podnoszenia kwalifikacji pracowników jednostki?		
1.3.	**Struktura organizacyjna**		
1.3.1.	Czy struktura organizacyjna jednostki jest dostosowana do aktualnych celów i zadań?		
1.3.2.	Czy w każdym przypadku istotnej zmiany i trwałej zmiany zakresu zadań istnieje obowiązek dokonania zmian struktury organizacyjnej?		
1.3.3.	Czy określono zadania wszystkich komórek organizacyjnych?		

1.3.4.	Czy wskazano osoby odpowiedzialne za aktualizację zadań jednostki i poszczególnych komórek organizacyjnych?		
1.3.5.	Czy wskazano zakres uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych?		
1.3.6.	Czy ustalono zasady nadzoru nad jednostkami podporządkowanymi?		
1.3.7.	Czy ustalono zakres podległości pracowników?		
1.3.8.	Czy pracownicy posiadają pisemne zakresy czynności?		
1.3.9.	Czy ustalono zasady współdziałania komórek organizacyjnych przy realizacji zadań wspólnych?		
1.3.10.	Czy istnieją mechanizmy weryfikacji efektywności pracy?		
1.4.	**Delegowanie uprawnień**		
1.4.1.	Czy upoważnienia do załatwiania spraw przekazywane są na możliwie najniższy poziom organizacji?		
1.4.2.	Czy powierzenie uprawnień pracownikom następuje w formie pisemnej?		
1.4.3.	Czy istnieje obowiązek wygaszania indywidualnych upoważnień w każdym przypadku zmiany organu upoważniającego?		
1.4.4.	Czy w każdym upoważnieniu zawarto klauzulę pozwalającą na natychmiastowe cofnięcie upoważnienia?		
1.4.5.	Czy monitoruje się sposób korzystania przez pracowników z powierzonych uprawnień?		
1.4.6.	Czy istnieje procedura zlecania zadań jednostki podmiotom zewnętrznym?		
	pkt 1		
2.	**CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM**		
2.1.	**Misja**		
2.1.1.	Czy określono misję w postaci krótkiego syntetycznego opisu celu istnienia?		
2.1.2.	Czy ustalona misja jednostki odnosi się do jej fundamentalnych zadań?		
2.2.	**Określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji**		
2.2.1.	Czy istnieje obowiązek sporządzania planu działania jednostki na okres co najmniej jednego roku, zawierającego cele i zadania jednostki?		
2.2.2.	Czy najwyższe kierownictwo ustala cele strategiczne jednostki?		
2.2.3.	Czy cele operacyjne jednostki wynikają(są powiązane) z celów strategicznych?		
2.2.4.	Czy w planie działania wskazano zadania priorytetowe?		
2.2.5.	Czy zapewniono spójność planu działania jednostki z planami działania jednostek organizacyjnych i nadzorowanych?		
2.2.6.	Czy zapewniono zapoznanie się wszystkich pracowników z planem działania?		
2.2.7.	Czy zapewniono środki finansowe na pełną i terminową realizację zadań ujętych w planie?		
2.2.8.	Czy wskazano podmioty odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań?		
2.2.9.	Czy określono mierniki pozwalające ocenić poziom realizacji celów, w tym zgodność z prawem, skuteczność, efektywność i oszczędność realizacji zadań?		
2.2.10.	Czy wskazano osoby odpowiedzialne za monitorowanie poziomu osiągnięcia wyznaczonych celów?		
2.2.11.	Czy zapewniono dostęp do danych umożliwiających pomiar poziomu osiągnięcia celów?		
2.3.	**Identyfikacja ryzyka**		
2.3.1.	Czy istnieje obowiązek identyfikacji ryzyka w jednostce co najmniej raz w roku?		

2.3.2.	Czy istnieje obowiązek odniesienia zidentyfikowanego ryzyka do poszczególnych celów i zadań jednostki?		
2.3.3.	Czy jednostki organizacyjne i nadzorowane są zobowiązane do identyfikacji ryzyka?		
2.3.4.	Czy jednostki organizacyjne i nadzorowane są zobowiązane do przekazania informacji o zarządzaniu ryzykiem?		
2.3.5.	Czy w przypadku istotnej zmiany warunków przeprowadza się ponowną identyfikację ryzyka?		
2.4.	**Analiza ryzyka**		
2.4.1.	Czy przyjęto jednolitą metodę analizy ryzyka?		
2.4.2.	Czy ustalono kryteria oceny poziomu ryzyka?		
2.4.3.	Czy w przypadku, gdy jest to możliwe, skutki wystąpienia ryzyka ustala się wartościowo?		
2.4.4.	Czy dokonuje się hierarchizacji ryzyk?		
2.4.5.	Czy istnieje zasada, że poziom ryzyka akceptowalnego ustala kierownik jednostki?		
2.4.6.	Czy zarządzanie ryzykiem jest udokumentowane?		
2.5.	**Reakcja na ryzyko**		
2.5.1.	Czy sposób reakcji na ryzyko zatwierdza kierownik jednostki?		
2.5.2.	Czy zostały zaplanowane i wdrożone odpowiednie działania w stosunku do każdego ryzyka, które nie może być przez jednostkę zaakceptowane?		
2.5.3.	Czy w stosunku do ryzyk, do których jednostka podejmuje działania, zostały wdrożone odpowiednie mechanizmy kontrolne?		
2.5.4.	Czy mechanizmy kontrolne podlegają okresowej ocenie i weryfikacji?		
	pkt 2		
3.	**MECHANIZMY KONTROLI**		
3.1.	**Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej**		
3.1.1.	Czy procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników i inne dokumenty wewnętrzne stanowiące dokumentację systemu kontroli zarządczej sporządzono w formie pisemnej?		
3.1.2.	Czy dokumentacja systemu kontroli jest kompletna, rzetelna i aktualna i przekazana do stosowania pracownikom?		
3.1.3.	Czy każdy pracownik ma dostęp do procedur kontroli zarządczej w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań?		
3.1.4.	Czy ustalono tryb uaktualniania procedur na rzecz sprawnego i skutecznego systemu kontroli zarządczej?		
3.1.5.	Czy ustalono tryb przekazywania informacji o aktualizacji procedur systemu kontroli zarządczej do wszystkich pracowników korzystających z procedur?		
3.2.	**Nadzór**		
3.2.1.	Czy zapewniono rejestrację wszystkich spraw wpływających?		
3.2.2.	Czy ustalono terminy załatwiania poszczególnych rodzajów spraw?		
3.2.3.	Czy ustanowiono nadzór nad terminowością załatwiania spraw?		
3.2.4.	Czy istnieje system weryfikacji zgodności z prawem rozstrzyganych spraw?		
3.2.5.	Czy istnieje nadzór nad realizacją zadań wykonywanych przez poszczególnych pracowników?		
3.2.6.	Czy opracowano zasady okresowego wewnętrznego monitorowania realizacji zadań operacyjnych pod względem zgodności z prawem, terminowości, efektywności i oszczędności		

3.2.7.	Czy dokumentuje się fakt przeprowadzania kontroli wewnętrznych w jednostkach organizacyjnych / nadzorowanych?		
3.3.	**Ciągłość działalności**		
3.3.1.	Czy istnieją mechanizmy zapewniające ciągłość działalności jednostki, w szczególności dotyczące bezpieczeństwa fizycznego?		
3.3.2.	Czy ustalono zasady zastępstwa pracowników w czasie ich nieobecności?		
3.3.3.	Czy zidentyfikowano pracowników, którzy z uwagi na swoją szczególną wiedzę, doświadczenie lub umiejętności posiadają kluczowe znaczenie dla prawidłowej działalności jednostki oraz których odejście poważnie zagroziłoby osiąganiu celów jednostki?		
3.3.4.	Czy opracowano plan działalności jednostki w przypadku wystąpienia klęsk żywiołowych, zagrożenia dla środowiska lub innych nadzwyczajnych okoliczności?		
3.4.	**Ochrona zasobów**		
3.4.1.	Czy istnieje system ochrony fizycznej obiektu i mienia?		
3.4.2.	Czy dostęp pracowników do siedziby, obiektów i pomieszczeń poza godzinami pracy jest ograniczony i kontrolowany?		
3.4.3.	Czy pomieszczenia o istotnym znaczeniu są odpowiednio chronione za pomocą zabezpieczeń technicznych a dostęp do nich ograniczony tylko do uprawnionych pracowników i kontrolowany?		
3.4.4.	Czy sposób ograniczenia dostępu do budynków obiektów i pomieszczeń oraz ich ochrony jest okresowo oceniany i ulepszany?		
3.4.5.	Czy opracowano zasady korzystania z mienia jednostki?		
3.4.6.	Czy istnieją zasady okresowej kontroli zabezpieczeń?		
3.4.7.	Czy istnieje system ochrony przeciwpożarowej?		
3.4.8.	Czy istnieją pisemne procedury przeprowadzania okresowej inwentaryzacji w drodze spisu z natury?		
3.4.9.	Czy ustalono zasady gospodarki kasowej?		
3.4.10.	Czy wprowadzono odpowiedzialność materialną pracowników za powierzone mienie?		
3.4.11.	Czy ustalono obowiązek komisyjnego oceniania przydatności mienia jednostki?		
3.4.12.	Czy przekazanie zbędnego sprzętu następuje wyłącznie na zasadach określonych w przepisach prawa?		
3.4.13.	Czy ustalono obowiązek komisyjnej likwidacji zużytego mienia?		
3.5.	**Szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych**		
3.5.1.	Czy jednostka posiada opracowaną pisemną politykę rachunkowości?		
3.5.2.	Czy każda operacja finansowa jest rzetelnie udokumentowana?		
3.5.3.	Czy każdy dowód księgowy jest opisany zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o rachunkowości i polityce rachunkowości?		
3.5.4.	Czy każda operacja finansowa i gospodarcza jest zarejestrowana zgodnie z jej rzeczywistym przebiegiem?		
3.5.5.	Czy procedury kontroli zarządczej zapewniają ujęcie w ewidencji księgowej wyłącznie zatwierdzonych operacji gospodarczych?		
3.5.6.	Czy istnieje rejestr faktur?		
3.5.7.	Czy procedury zapewniają okresową analizę zapisów księgowych?		
3.5.8.	Czy system księgowy posiada zabezpieczenia przez dokonywaniem zmian w zapisach?		
3.5.9.	Czy system księgowy zapewnia ciągłość zapisów księgowych?		

3.5.10.	Czy zapewniono rozdział kluczowych obowiązków, tzn. rozdzielono pomiędzy różnych pracowników zadania dotyczące zatwierdzania i rejestrowania operacji gospodarczych oraz dokonywania płatności		
3.5.11.	Czy zapewniono terminowe sporządzanie sprawozdań budżetowych i finansowych?		
3.5.12.	Czy zapewniono zgodność sporządzanych sprawozdań finansowych i budżetowych z ewidencją księgową?		
3.5.13.	Czy zapewniono udział w planowaniu budżetu wszystkim jednostkom i komórkom organizacyjnym realizującym zadania finansowane z budżetu?		
3.5.14.	Czy zasady planowania budżetu gwarantują zabezpieczenie środków finansowych na pełną i terminową realizację obowiązkowych zadań własnych?		
3.5.15.	Czy opracowano obiektywne kryteria przyznawania poszczególnych rodzajów dotacji?		
3.5.16.	Czy poziom dochodów ustalono zgodnie z zasadą ostrożności, na podstawie wiarygodnych założeń i sprawdzalnych informacji?		
3.5.17.	Czy dochody z poszczególnych źródeł podlegają bieżącej kontroli w zakresie wysokości i terminowości wpływu?		
3.5.18.	Czy ustalono zasady udzielania ulg w spłacie należności, poprzez umorzenie należności, rozłożenie na raty lub odroczenie terminu płatności należności?		
3.5.19.	Czy przekazywanie dotacji następuje zawsze na pisemny wniosek komórki merytorycznej?		
3.5.20.	Czy zlecanie zadań organizacjom pożytku publicznego i innym podmiotom następuje wyłącznie na podstawie ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie?		
3.5.21.	Czy przeprowadza się kontrole celowości wykorzystania środków pochodzących z dotacji?		
3.5.22.	Czy wszystkie inwestycje podlegają stałemu nadzorowi przez pracownika jednostki posiadającego odpowiednie kwalifikacje lub przez upoważniony podmiot zewnętrzny?		
3.5.23.	Czy prowadzi się kontrolę każdego etapu inwestycji?		
3.5.24.	Czy odbiór robót, na każdym etapie realizacji potwierdza się protokołem odbioru?		
3.5.25.	Czy opracowano wewnętrzną procedurę zakupu dostaw, zlecania usług i robót budowlanych, do których niestosuje się przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych?		
3.5.26.	Czy procedura jw. przewiduje zapewnienie konkurencyjnego trybu nabywania dóbr, usług lub robót budowlanych?		
3.6.	**Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych**		
3.6.1.	Czy istnieją procedury bezpieczeństwa systemów informatycznych?		
3.6.2.	Czy istnieją procedury określające zasady korzystania z zasobów informatycznych, w tym zasady przydzielania i cofania dostępu do poszczególnych zasobów?		
3.6.3.	Czy opracowano zasady korzystania przez pracowników z Internetu?		
3.6.4.	Czy zapewniono obowiązek okresowej zmiany haseł dostępu do sieci informatycznej?		
3.6.5.	Czy ograniczono możliwość samodzielnego instalowania programów na stacjach roboczych?		
3.6.6.	Czy zapewniono sporządzanie kopii zapasowych danych zapisanych na dyskach sieciowych?		
3.6.7.	Czy zapewniono bezpieczeństwo fizyczne i logiczne dostępu do zasobów informatycznych?		
3.6.8.	Czy w przypadku wycofania z użytkowania komputerów, dysków, nośników itp. lub zmiany ich przeznaczenia, usuwa się z nich wrażliwe dane i aplikacje?		
3.6.9.	Czy zapewniono ochronę antywirusową systemów informatycznych?		
	pkt 3		
4.	**INFORMACJA I KOMUNIKACJA**		
4.1.	**Bieżąca informacja**		
4.1.1.	Czy istnieje system informowania o działalności jednostki?		

4.1.2.	Czy jednostka posiada stronę Biuletynu Informacji Publicznej?		
4.1.3.	Czy w Biuletynie Informacji Publicznej zamieszczono wszystkie informacje wymagane przepisami prawa?		
4.1.4.	Czy aktualizuje się informacje umieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej?		
4.1.5.	Czy istnieje obowiązek potwierdzania informacji przekazywanych na zewnątrz przez wszystkie podmioty sporządzające informacje cząstkowe?		
4.1.6.	Czy istnieją procedury zapewniające bezpieczeństwo informacji?		
4.1.7.	Czy pracownicy ponoszą odpowiedzialność za poufność informacji pozyskanych w ramach wykonywania obowiązków służbowych?		
4.1.8.	Czy informację przekazuje wyłącznie pracownik do tego upoważniony?		
4.1.9.	Czy informacje podlegające ochronie posiadają odpowiednie zabezpieczenie?		
4.1.10.	Czy istnieją zasady sporządzania, gromadzenia i udostępniania informacji niejawnych?		
4.1.11.	Czy zbiory danych osobowych są zgłoszone do Głównego Inspektora Danych Osobowych oraz określono zasady gromadzenia, przetwarzania i udostępniania tych danych?		
4.1.12.	Czy istnieje procedura zapewniająca sporządzania i ogłaszania obowiązkowych sprawozdań?		
4.2.	**Komunikacja wewnętrzna**		
4.2.1.	Czy ustalono zasady przekazywania informacji wewnątrz jednostki?		
4.2.2.	Czy ustalono obowiązek pisemnego potwierdzania zapoznania się z określonymi dokumentami (rodzajami dokumentów)?		
4.2.3.	Czy opracowano rozdzielniki grup istotnych dokumentów, zapewniające dotarcie informacji do wszystkich zainteresowanych jednostek (komórek organizacyjnych, pracowników)?		
4.2.4.	Czy w każdym przypadku, gdy jest to możliwe ze względu na charakter informacji, umożliwiono pracownikom przekazywanie jej bezpośrednio na inne stanowisko pracy (również w innej komórce organizacyjnej)?		
4.2.5.	Czy każdy pracownik ma dostęp do wszystkich informacji niezbędnych do realizacji zadań?		
4.2.6.	Czy zobowiązano pracowników do uruchamiania niezwłocznie po rozpoczęciu pracy poczty elektronicznej (lub innego stosowanego w jednostce komunikatora) oraz systematycznego sprawdzania poczty?		
4.3.	**Komunikacja zewnętrzna**		
4.3.1.	Czy opracowano procedurę udostępniania informacji publicznej?		
4.3.2.	Czy opracowano zasady komunikacji z podmiotami zewnętrznymi, z którymi jednostka realizuje zadania wspólne?		
4.3.3.	Czy ustalono tryb występowania do właściwych podmiotów o udzielanie wyjaśnień, wytycznych, interpretacji itp.?		
4.3.4.	Czy zapewniono możliwość komunikacji w formie elektronicznej z jednostką?		
4.3.5.	Czy jednostka w wyraźny sposób komunikuje zewnętrznym podmiotom, jakie mają uprawnienia i obowiązki w zakresie, w którym jednostka prowadzi działalność oraz jaki jest dla nich sposób komunikacji?		
4.3.6.	Czy zapewniono rejestrację wszystkich wpływających i wychodzących pism (spraw, informacji)?		
4.3.7.	Czy w każdym przypadku, gdy wymagają tego przepisy prawa zapewniono potwierdzanie odbioru informacji?		
	pkt 4		
5.	**MONITOROWANIE I OCENA**		
5.1.	**Monitorowanie systemu kontroli zarządczej**		

5.1.1.	Czy kadra kierownicza monitoruje na bieżąco skuteczność systemu kontroli zarządczej?		
5.1.2.	Czy istnieje obowiązek systematycznego sprawdzania kompletności procedur kontroli zarządczej?		
5.1.3.	Czy monitoruje się wdrażanie zaleceń Referatu Kontroli Wewnętrznej oraz rekomendacji Audytora Wewnętrznego?		
5.2.	**Samoocena**		
5.2.1.	Czy w procesie samooceny uczestniczą wszyscy pracownicy?		
5.2.2.	Czy wyniki samooceny poddawane są dalszej analizie na rzecz poprawy stanu kontroli zarządczej?		
5.3.	**Audyt wewnętrzny**		
5.3.1.	Czy działania Audytora Wewnętrznego są pomocne w usprawnieniu systemu kontroli zarządczej?		
5.3.2.	Czy dotychczasowe działania na rzecz wdrażania systemu zarządzania ryzykiem w jednostce samorządu terytorialnego są pomocne w procesie zarządzania ryzykiem?		
5.4.	**Uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej**		
5.4.1.	Czy przyjęto udokumentowany system działań na rzecz wykorzystania wyników samooceny przedstawionej w rocznej Informacji o stanie kontroli zarządczej?		
5.4.2.	Czy wyniki monitorowania realizacji celów i zadań, wyniki stanu kontroli zarządczej przeprowadzonej na podstawie samooceny oraz wyniki przeprowadzonych kontroli i audytów są wykorzystywane w procesie na rzecz podniesienia poziomu stanu kontroli zarządczej?		
	pkt 5		

Załącznik Nr 3
do Zarządzenia Nr WAO.0050.51.2020
Burmistrza Łomianek
z dnia 12 marca 2020 roku

Nazwa jednostki / JST

Informacja o stanie kontroli zarządczej

Jako osoba odpowiedzialna za funkcjonowanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, tj. działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy, a w szczególności:

- zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- skuteczności i efektywności działania,
- wiarygodności sprawozdań,
- ochrony zasobów,
- przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- efektywności i skuteczności przepływu informacji,
- zarządzania ryzykiem,

informuję, że w oparciu o samoocenę, dokonano oceny stanu kontroli zarządczej w roku …….., która uzyskała wynik na poziomie ……../……%
a w poszczególnych standardach przedstawia się następująco:

1.ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE Ocena:……../……...…..%

Zidentyfikowane Słabości:

2. CELE I ZARZADZANIE RYZYKIEM Ocena:……/……...…..%

Zidentyfikowane Słabości:

3. MECHANIZMY KONTROLI Ocena:……./……..…..%

Zidentyfikowane Słabości:

4. INFORMACJA I KOMUNIKACJA Ocena:……/……..…..%

Zidentyfikowane Słabości:

5. MONITOROWANIE I OCENA Ocena:……../……%

Zidentyfikowane Słabości:

W związku z występującymi słabościami podejmuje się działania zwiększające skuteczność, efektywność i adekwatność funkcjonowania kontroli zarządczej w następującym zakresie:

……
……
……
……
……

……

podpis

Załącznik Nr 4
do Zarządzenia Nr WAO.0050.51.2020
Burmistrza Łomianek
z dnia 12 marca 2020 roku

RAPORT Z PRZEGLĄDU RYZYK

……

(właściciel ryzyka)

w …….roku

INFORMACJA NA TEMAT BRAKU ZAGROŻEŃ PRZY REALIZACJI CELÓW I ZADAŃ

Informuję, że w okresie roku w nadzorowanym przeze mnie obszarze działalności :

- nie wystąpiły ryzyka wskazane w aktualnym *Rejestrze ryzyka,*
- nie zmienił się poziom istotności zidentyfikowanych zagrożeń,
- nie zidentyfikowano nowych ryzyk, które nie były ujęte w Rejestrze ryzyka i poprzez swoje wystąpienie mogłyby zagrozić realizacji celów i zadań gminy,
- zostały zrealizowane zaplanowane cele i zadania.

Niniejszy raport opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie jego sporządzania, pochodzących z :

- bieżącego monitoringu (planu pracy, nadzoru kierowniczego, *Rejestru ryzyka* itp.),
- kontroli wewnętrznych,
- kontroli zewnętrznych,
- innych źródeł i informacji (wymienić jakich……*)

DZIAŁANIE/ PROCES W JAKIM WYSTĘPUJĄ ZAGROŻENIA , INFORMACJA O PODJĘTYCH DZIAŁANIACH

Informuję, że w okresie …….. roku w nadzorowanym przeze mnie obszarze działalności wystąpiły następujące ryzyka*:

☐ TAK ☐ NIE

1. Niezrealizowane zadanie :

   …….

   a) ryzyko (nr i opis z *Rejestru ryzyk*)

   ……

   b) przyczyny wystąpienia

   ……

   c) skutki wystąpienia

   ……

d) proponowane działania:

……

e) podjęte przeciwdziałania

……

Ryzyko w sposób poważny zagraża realizacji celów i zadań gminy:

☐ TAK ☐ NIE

2. Niezrealizowane zadanie :

……..

……..……

……..

a) ryzyko (nr i opis z *Rejestru ryzyk*)

……

b) przyczyny wystąpienia

……

c) skutki wystąpienia

……

d) proponowane działania:

……

e) podjęte przeciwdziałania

……

Ryzyko w sposób poważny zagraża realizacji celów i zadań gminy:

☐ TAK ☐ NIE

PROPOZYCJE AKTUALIZACJI LUB ZGŁOSZENIA NOWYCH RYZYK ZIDENTYFIKOWANYCH W NADZOROWANYM OBSZARZE DZIAŁANIA (należy złożyć na wzorze Rejestru ryzyka)

☐ TAK ☐ NIE

EFEKTY DZIAŁAŃ ELIMINUJĄCYCH, PODJĘTYCH W PRZYPADKU RYZYK, KTÓRE WYSTĄPIŁY W POPRZEDNIM OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM (czy podjęte działania przynoszą spodziewane efekty, czy są wystarczające, czy w ogóle istnieje konieczność podejmowania jakichkolwiek działań?

☐ TAK ☐ NIE

Wystarczające, działania będą również podejmowane w bieżącym roku.

DZIAŁANIE / PROCES W JAKIM WYSTEPUJE MOŻLIWOŚĆ USPRAWNIENIA

Łomianki, dnia …… …….....

podpis naczelnika/kierownika

Załącznik Nr 5
do Zarządzenia Nr WAO.0050.51.2020
Burmistrza Łomianek
z dnia 12 marca 2020 roku

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej
za rok ….....

Ja niżej podpisany
.....
(imię i nazwisko)

jako kierownik jednostki:

.....
(podać nazwę kierującej jednostki)

w zakresie przydzielonych mi uprawnień oświadczam, iż:
posiadam wystarczającą pewność/ wystarczającą pewność z zastrzeżeniami[1], iż zasoby przydzielone do realizacji zadań i podzadań jednostki, określonych w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za rok ..... zostały wykorzystane w zamierzonych celach i zgodnie z zasadą dobrego zarządzania finansowego[2] oraz, że procedury kontroli zarządczej są ustanowione, funkcjonuję efektywnie i zapewniają realizację operacji gospodarczych zgodnie z prawem i wewnętrznymi regulacjami oraz zasadami etycznego postępowania.
Zastrzeżenia dotyczą następujących obszarów działalności jednostki[3]:
…….
Powyższe oświadczenie opiera się na mojej ocenie oraz informacjach, które pochodzą z: bieżącej kontroli wewnętrznej/samooceny / pracy audytu wewnętrznego / instytucjonalnej kontroli / wyników kontroli zewnętrznych[1].
Oświadczam, że nie posiadam informacji, które nie zostały umieszczone w sprawozdaniach z funkcjonowania kontroli zarządczej, a które mogłoby negatywnie wpływać na obraz sytuacji jednostki.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć)

1) Niepotrzebne skreślić.
2) Zasada dobrego zarządzania finansowego odnosi się do oszczędności, efektywności i skuteczności. Oszczędność oznacza, iż zasoby wykorzystywane do realizacji zadań muszą być dostępne w odpowiednim czasie, odpowiedniej ilości oraz jakości oraz po najlepszych cenach. Efektywność oznacza realizację pomiędzy wykorzystanymi zasobami, a osiągniętymi efektami. Skuteczność oznacza realizację założonych zadań i celów przy wykorzystaniu dostępnych zasobów.
3) Kierownik jednostki może dodać zastrzeżenia, jeżeli mają one istotny wpływ na oświadczenie o stanie kontroli zarządczej.
4) Samoocena odzwierciedla ocenę kierownictwa w zakresie zgodności kontroli zarządczej ze standardami w okresie objętym sprawozdaniem z funkcjonowania kontroli zarządczej.