# WZÓR

# Raport z audytu kwalifikowalności wydatków w ramach programu *Sprawy wewnętrzne*

# Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014 - 2021

Niniejszy dokument został wydany w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków udokumentowanych na podstawie Artykułu 8.12.4 Regulacji w sprawie wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014 – 2021 (dalej: Regulacje), Umową/Porozumieniem w sprawie projektu oraz umową partnerska (o ile dotyczy).

Niniejszym potwierdza się, iż wszystkie stosowane przez Beneficjenta procedury i działania związane z poniesieniem deklarowanych wydatków są zgodne z Regulacjami, prawem krajowym oraz stosownymi krajowymi przepisami księgowymi.

## INFORMACJA OGÓLNE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Beneficjenta/Partnera projektu | |  | | | |
| Umowa/porozumienie ws. projektu | | *Należy wskazać tytuł projektu, numer umowy ws. projektu, datę jej podpisania oraz daty podpisania aneksów do umowy* | | | |
| Wartość projektu | Wartość całkowita projektu Beneficjent + wszyscy partnerzy (PLN\*) |  | | | |
| Wydatki kwalifikowalne Beneficjenta / partnera projektu zgodnie z umową/budżetem (PLN\*) |  | | | |
| Kwota przyznanego dofinansowania z NMF dla Beneficjenta / partnera projektu zgodnie z umową/budżetem (PLN\*) |  | | | |
| Wkład własny Beneficjenta/partnera projektu zgodnie z umową/budżetem (PLN\*) |  | | | |
| Okres sprawozdawczy (wydatki poniesione od-do) | | Od |  | do |  |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego badanieAdres poczty elektronicznej (e-mail) | |  | | | |
| Imię/Imiona i nazwisko(a) przeprowadzającego(ych) badanie | |  | | | |
| Rodzaj podmiotu przeprowadzającego badanie (biegły rewident/niezależny audytor) | |  | | | |
| Okres przeprowadzenia badania | | Od |  | do |  |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. **WYDATKI KWALIFIKOWANE *- zestawienie wydatków – załącznik n 1 do RAPORTU***

*(podmiot przeprowadzający kontrolę wypełnia tabelę wg wzoru w załączniku nr 1 do Raportu)*

Łączna kwota wydatków kwalifikowanych poświadczonych w niniejszym raporcie wynosi: ……………………. PLN\*

## WYDATKI NIEKWALIFIKOWANE

*Należy wskazać, czy w projekcie zidentyfikowane zostały wydatki niekwalifikowalne. W przypadku zidentyfikowania wydatków kwalifikowanych należy podać ich listę wraz z uzasadnieniem uznania wydatku za niekwalifikowany (podanie podstaw prawnych z Regulacji, przepisów krajowych).*

## ZALECENIA POKONTROLNE

## *(należy uzupełnić w przypadku gdy podmiot przeprowadzający kontrolę wydaje rekomendacje/zalecenia do zastosowania w kolejnym okresie sprawozdawczym)*

1. **OŚWIADCZENIE BIEGŁEGO REWIDENTA / AUDYTORA**

Biegły rewident / audytor niniejszym oświadcza, iż:

1. Posiadam kwalifikacje do przeprowadzania ustawowych kontroli dokumentów księgowych zgodnie z Art. 8.12 ust. 4 Regulacji.
2. **Wydatki w kwocie …………………….. (PLN\*)** zostały poniesione przez Beneficjenta / partnera projektu zgodnie z Regulacjami w sprawie wdrażania Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014 – 2021.
3. Wydatki w kwocie wskazanej powyżej w pkt (ii) zostały poniesione zgodnie z prawem krajowym i przepisami księgowymi, stosownymi dla miejsca rejestracji/siedziby Beneficjenta/partnera projektu.
4. Wydatki w kwocie wskazanej powyżej w pkt (ii) zostały poniesione zgodnie z Umową w sprawie projektu oraz umową partnerska (o ile dotyczy).
5. Biegły rewident / Audytor nie był zaangażowany w przygotowanie raportu okresowego/końcowego / rozliczenia projektu i jest niezależny w stosunku do Beneficjenta / Partnera projektu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Biegły rewident / audytor dokonujący kontroli:  ***imię i nazwisko*** wpisany do rejestru biegłych rewidentów pod numerem … / nazwa firmy. |  | *Podpis i pieczęć (o ile dotyczy)* |

*Miejscowość, data………….r.*

Zał. 1:

\* w przypadku partnera z kraju Darczyńcy (Norwegia) dopuszcza się wypełnienie Raportu w walucie innej niż PLN (np. NOK)