

Zarządzenie nr 37/2020/2021
Rektora Uniwersytetu Artystycznego im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu
z dnia 25 stycznia 2021 roku

**w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie Artystycznym
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu**

Na podstawie art. 23 ust. 2 pkt 2), pkt 5) i pkt 11) Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021, poz. 478 ze zm.) w związku z § 23 Statutu Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu w związku z art. 69 ust.1 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 305) oraz w związku z Komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. z 2009 r., Nr 15, poz. 84), Komunikatem Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011r w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. z 2011 r., Nr 2, poz. 11), a także Komunikatem Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz. Urz. Min. Fin. z 2012 r., poz. 56) zarządza się, co następuje:

§ 1

W celu zapewnienia realizacji obowiązków wynikających z przepisów art. 69 ust.1 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305) w związku z Komunikatem Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. z 2009 r., Nr 15, poz. 84), Komunikatem Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011r w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. z 2011 r., Nr 2, poz. 11) oraz Komunikatem Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz. Urz. Min. Fin. z 2012 r., poz. 56) wprowadza się zasady funkcjonowania i koordynowania kontroli zarządczej, zwanej dalej kontrolą w Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu, zwanym dalej UAP lub Uniwersytetem.

§ 2

1. Kontrolę w Uniwersytecie stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów, w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.
2. Wszyscy pracownicy Uniwersytetu biorą udział w funkcjonowaniu systemu kontroli zarządczej poprzez właściwe wykonywanie powierzanych im obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.
3. Pracownicy Uniwersytetu zobowiązani są do przekazywania swoim przełożonym informacji oraz uwag które mogą mieć wpływ na ocenę i doskonalenie kontroli zarządczej, w szczególności w zakresie:

- a) wykrytych nieprawidłowości i nadużyć,
 - b) skarg pracowników, studentów oraz doktorantów,
 - c) innych wykrytych zdarzeń odbiegających od planowanej działalności.
4. Jednostkami organizacyjnymi Uniwersytetu są jednostki wymienione w Statucie.

§ 3

Celem kontroli jest zapewnienie w szczególności:

- a) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
- b) skuteczności i efektywności działania Uniwersytetu,
- c) wiarygodności sprawozdań poprzez sporządzanie ich zgodnie z przepisami prawa i uregulowaniami wewnętrznymi,
- d) ochrony zasobów związanej z zabezpieczeniem wszystkich zasobów Uniwersytetu i udostępnienia ich tylko osobom upoważnionym,
- e) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
- f) efektywnego i skutecznego przepływu informacji niezbędnej do wykonywania obowiązków służbowych oraz skutecznej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej,
- g) zarządzania ryzykiem dla zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań.

§ 4

Dokumentację systemu kontroli stanowią procedury wewnętrzne, instrukcje, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników oraz inne dokumenty wewnętrzne obowiązujące w Uniwersytecie.

§ 5

Za zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli w Uniwersytecie odpowiada Rektor.

§ 6

Koordinację kontroli prowadzi Zespół ds. kontroli zarządczej, powołany zarządzeniem Rektora.

§ 7

Kierowników jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Artystycznego w Poznaniu zobowiązuje się do:

- 1) zapoznania podległych pracowników z:
 - a) standardami kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych zawartymi w Komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 roku (Dz. Urz. Min. Fin. Z 2009 r., Nr 15, poz. 84);
 - b) Komunikatem Nr 6 Ministra Finansów z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wytycznych dla Komunikatem Nr 3 Ministra Finansów z dnia 16 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych w zakresie samooceny

- kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. z 2011 r., Nr 2, poz. 11);
- c) sektora finansów publicznych w zakresie planowania i zarządzania ryzykiem (Dz. Urz. Min. Fin. Z 2012 r., poz. 56);
 - d) treścią niniejszego zarządzenia;
- 2) zapewnienia skuteczności kontroli zarządczej poprzez realizację ustalonych procedur, przestrzegania Kodeksu Etycznego Pracowników UAP, mechanizmów organizacyjnych oraz systemu zarządzania ryzykiem, z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej oraz obowiązujących przepisów prawa;
 - 3) określenia w rocznej perspektywie propozycji celów służących realizacji zadań w swojej jednostce organizacyjnej, za których realizację odpowiadają;
 - 4) określenia mierników w celu monitorowania realizacji wyznaczonych celów i zadań;
 - 5) przeprowadzenia oceny realizacji celów i zadań przy uwzględnieniu kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności;
 - 6) zidentyfikowania i oceny ryzyk związanych z obszarem działań danej jednostki organizacyjnej;
 - 7) podjęcia działań prowadzących do zminimalizowania, ograniczenia lub usunięcia ryzyka związanego z realizacją celów i zadań;
 - 8) prowadzenia nadzoru nad wykonywaniem zadań w celu ich oszczędnej, efektywnej i skutecznej realizacji;
 - 9) przeprowadzenia procesu samooceny.

§ 8

Do obowiązków pracowników Uniwersytetu należy aktywny udział w realizowanym procesie kontroli zarządczej.

§ 9

1. Oceny systemu kontroli dokonuje powołany Zespół ds. kontroli zarządczej, podczas realizacji zadań kontrolnych.
2. Ocena, o której mowa w ust. 1, dotyczy w szczególności adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli w Uniwersytecie.
3. Ocena systemu kontroli stanowi czynności doradcze, wspierające Rektora w realizacji celów i zadań Uniwersytetu.

§ 10

Zasady funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie zawarte są w następujących obszarach standardów:

- 1) środowisko wewnętrzne:
 - a) struktura organizacyjna,
 - b) przestrzeganie wartości etycznych,
 - c) kompetencje zawodowe,
 - d) delegowanie uprawnień.
- 2) cele i zarządzanie ryzykiem:

- a) misja,
 - b) określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji,
 - c) identyfikacja ryzyka,
 - d) analiza ryzyka,
 - e) reakcja na ryzyko.
- 3) mechanizmy kontroli:
- a) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,
 - b) nadzór,
 - c) ciągłość działalności,
 - d) ochrona zasobów,
 - e) szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych,
 - f) mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.
- 4) informacja i komunikacja:
- a) bieżąca informacja,
 - b) komunikacja wewnętrzna,
 - c) komunikacja zewnętrzna.
- 5) monitorowanie i ocena:
- a) monitorowanie systemu kontroli zarządczej,
 - b) samoocena,
 - c) uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej.

§ 11

Przestrzeganie wartości etycznych

Osoby zarządzające i pracownicy Uniwersytetu zobowiązane są do postępowania, przy realizacji powierzonych im zadań, zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki Pracowników UAP, wpływającymi na pozytywny wizerunek Uniwersytetu.

§ 12

Struktura organizacyjna

Struktura organizacyjna oraz szczegółowe zakresy działania poszczególnych komórek organizacyjnych Uniwersytetu określone są w Regulaminie organizacyjnym oraz Statucie.

§ 13

Kompetencje zawodowe

1. Procedury naboru pracowników prowadzone są z zachowaniem obowiązujących przepisów w zakresie zatrudniania pracowników w celu zapewnienia wyboru najlepszego kandydata na dane stanowisko pracy w Uniwersytecie.
2. Kadra zarządzająca oraz pozostali pracownicy Uniwersytetu zobowiązani są do doskonalenia zawodowego w celu poszerzenia i aktualizowania koniecznego zakresu wiedzy i rozwijania umiejętności poprzez samokształcenie, szkolenia i doksztalcenie.

§ 14

Delegowanie uprawnień

1. Uprawnienia deleguje się w zakresie adekwatnym do wagi podejmowanych decyzji, stopnia ich skomplikowania i ryzyka z nimi związanego.
2. Przyjęcie delegowanych uprawnień pracownik potwierdza swoim podpisem.
3. Rejestr pełnomocnictw i upoważnień Rektora prowadzi Biuro Rektora.
4. Zakres uprawnień i obowiązków pracowników wynika z zakresów obowiązków powierzonych im w formie pisemnej.
5. Zmiana stanu faktycznego zawartego w dokumentacji, o której mowa w ust. 4 podlega pisemnej aktualizacji.

§ 15

Zarządzanie ryzykiem

1. W celu zwiększenia prawdopodobieństwa realizacji zadań i osiągnięcia celów w Uniwersytecie sformalizowano proces zarządzania ryzykiem. Polityka zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie stanowi załącznik Nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. Kierownicy jednostek organizacyjnych Uniwersytetu zobowiązani są dokonywać identyfikacji i analizy ryzyka oraz podejmować działania zapobiegające wystąpieniu negatywnych skutków.
3. Zidentyfikowane ryzyka, o których mowa w ust. 2 przekazywane są do Przewodniczącego Zespołu ds. kontroli zarządczej wg. zasad określonych w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 16

Mechanizmy kontroli zarządczej

W Uniwersytecie funkcjonują następujące mechanizmy kontroli zarządczej:

- a) Statut, procedury wewnętrzne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników i inne dokumenty wewnętrzne stanowiące dokumentację systemu kontroli zarządczej,
- b) nadzór w ramach hierarchii służbowej, który ma za zadanie uzyskać rozsądny stopień pewności, że Uniwersytet osiąga cele i realizuje zadania,
- c) zapewnienie ciągłości działania poprzez wykorzystywanie wyników analizy ryzyka,
- d) zabezpieczenia w zakresie ochrony zasobów Uniwersytetu,
- e) funkcjonowanie właściwych mechanizmów kontroli dotyczących operacji finansowych i gospodarczych oraz mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

§ 17

Informacja i komunikacja

W Uniwersytecie funkcjonują następujące mechanizmy przekazywania informacji:

- a) poczta elektroniczna pracowników,
- b) korespondencja wewnętrzna i zewnętrzna,
- c) narady Kierownictwa,
- d) strona internetowa Uniwersytetu,

- e) przekaz informacji za pośrednictwem Biuletynu Informacji Publicznej.

§ 18

Monitorowanie i ocena

Pracownicy zobowiązani są do bieżącego monitorowania i oceny poszczególnych elementów systemu kontroli w zakresie realizowanych zadań i posiadanych kompetencji.

§ 19

Samoocena

1. Samoocenę w Uniwersytecie przeprowadza się raz w roku.
2. Koordynację procesu samooceny w Uniwersytecie prowadzi Zespół ds. kontroli zarządczej.
3. Pracownicy Uniwersytetu zobowiązani do udziału w procesie samooceny, wypełniając i przekazując wypełnione formularze stanowiące załącznik nr 2 do Przewodniczącego Zespołu ds. kontroli zarządczej w wyznaczonym terminie.

§ 20

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej

1. Rektor Uniwersytetu corocznie składa oświadczenie o stanie kontroli zarządczej w Uniwersytecie w terminie do 30 marca. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia.
3. Opracowanie projektu oświadczenia o stanie kontroli zarządczej w Uczelni należy do kompetencji Zespołu ds. kontroli zarządczej. Sporządza się go na podstawie dokonanej samooceny, wyników audytów i kontroli wewnętrznych i zewnętrznych, monitorowania procesu zarządzania ryzykiem oraz realizacji celów i zadań,

§ 21

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 22

Z chwilą podpisania niniejszego zarządzenia traci moc zarządzenie nr 76/2018/2019 z dnia 25 marca 2019 roku.

REKTOR
UNIWERSYTETU ARTYSTYCZNEGO
Im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Mieczysław Hora

Załącznik nr 1
do zarządzenia nr 37/2020/2021.
Rektora Uniwersytetu Artystycznego
w Poznaniu z dnia 25 stycznia 2021 roku
w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie Artystycznym
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu

Procedury zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu

§ 1.

1. Procedury określają zasady i tryb zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu, zwanym dalej Uniwersytetem.

2. Ilekroć jest mowa o:

- 1) ryzyku – należy przez to rozumieć prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń, które mogą mieć negatywny wpływ na osiągnięcie zamierzonych celów i zadań Uniwersytetu lub powodują odchylenia od oczekiwanych stanów ;
- 2) wpływie ryzyka – należy przez to rozumieć skutki dla osiągnięcia celów i realizowania zadań spowodowane przez zdarzenia objęte ryzykiem;
- 3) prawdopodobieństwie ziszczenia się ryzyka – należy przez to rozumieć częstotliwość wystąpienia zdarzenia objętego ryzykiem;
- 4) istotności ryzyka – należy przez to rozumieć iloczyn prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia oraz jego skutku/wpływu na organizację;
- 5) akceptowanym poziomie ryzyka – należy przez to rozumieć ustalony w zarządzeniu poziom istotności ryzyka, przy którym nie jest wymagane podejmowanie działań przeciwdziałających ryzyku;
- 6) zarządzaniu ryzykiem – należy przez to rozumieć proces identyfikacji, oceny i przeciwdziałania ryzyku; proces ten obejmuje także monitorowanie ryzyka i środków podejmowanych w celu jego ograniczenia;
- 7) mechanizmach kontroli zarządczej – należy przez to rozumieć wszystkie działania i procedury podejmowane lub ustanawiane w celu zwiększenia prawdopodobieństwa osiągnięcia celów i realizacji zadań, w tym zwłaszcza :
 - a) dokumentację systemu kontroli zarządczej (procedury, instrukcje, wytyczne),
 - b) dokumentowanie poszczególnych zdarzeń finansowych i gospodarczych,
 - c) zatwierdzanie operacji finansowych i gospodarczych,
 - d) podział obowiązków,
 - e) nadzór,
 - f) rejestrowanie istotnych odstępstw od zasad zapisanych w procedurach, instrukcjach czy wytycznych.
 - g) ograniczenie dostępu do zasobów materialnych, finansowych i informacyjnych osobom nieupoważnionym.
- 8) Koordynatorze – należy przez to rozumieć Koordynatora kontroli zarządczej – stanowisko ds. kontroli.

§ 2.

1. Celem zarządzania ryzykiem w Uniwersytecie jest:

- 1) usprawnienie efektywności zarządzania Uniwersytetem poprzez utworzenie procedur kontrolnych wprowadzonych przez kierownictwo dla uzyskania przepływu informacji, zarządzania, kierowania oraz monitorowania;
 - 2) lepsze wykorzystanie zasobów finansowych i ludzkich oraz zapobieganie stratom finansowym,
 - 3) prawidłowa realizacja wyznaczonych zadań i osiągnięcia celów,
 - 4) dostosowanie do nowych wymogów prawnych i standardowych,
 - 5) zapobieganie ryzyku opóźnień technologicznych, w tym w sferze infrastruktury informatycznej,
 - 6) ograniczenie nieetycznych zachowań, marnotrawstwa i oszustw,
 - 7) zapewnienie władzom Uniwersytetu wczesnej informacji o zagrożeniach dla realizacji wyznaczonych celów i planów,
 - 8) maksymalne ograniczenie zidentyfikowanego ryzyka, co powinno przyczynić się do bardziej efektywnego i racjonalnego osiągnięcia celów/zadań statutowych Uniwersytetu.
2. Wdrożenie standardu zarządzania ryzykiem ma na celu:
- 1) zapewnienie ram systemowych, dzięki którym działalność będzie prowadzona w sposób spójny i kontrolowany,
 - 2) usprawnienie procesu podejmowania decyzji planowania i określania priorytetów,
 - 3) przyczynienie się do efektywniejszego wykorzystania środków publicznych,
 - 4) ochronę i budowanie wizerunku Uniwersytetu,
 - 5) pomoc w rozwijaniu potencjału ludzkiego oraz bazy wiedzy,
 - 6) poprawę efektywności działania i utrzymanie jej na stale wysokim poziomie skuteczności.
3. Zarządzanie ryzykiem odbywa się według zasad :
- 1) integracji z procesem zarządzania;
 - 2) powiązania z celami i zadaniami;
 - 3) przypisania odpowiedzialności;
 - 4) proporcjonalności działań przeciwdziałających ryzyku do jego istotności.

§ 3.

Proces zarządzania ryzykiem obejmuje :

- 1) określenie celów i zadań oraz monitorowanie i ocenę ich realizacji;
- 2) identyfikację i ocenę ryzyka oraz odniesienie go do akceptowanego poziomu ryzyka;
- 3) ustalenie metod przeciwdziałania ryzyku;
- 4) przeciwdziałanie ryzyku.

§ 4.

1. W Uniwersytecie sporządza się roczny plan celów i zadań zwany dalej planem.
2. Roczny plan sporządza się w wskazanym każdorazowo terminie, na podstawie przekazanych Koordynatorowi propozycji przez kierowników wszystkich jednostek organizacyjnych Uniwersytetu, według wzoru stanowiącego **tabelę nr 1** do niniejszej procedury. Plan o którym mowa w ust. 1 zatwierdza Rektor.
3. Osoby wymienione w ust. 2 prowadzą bieżącą ocenę (monitoring) realizacji zadań za pomocą wyznaczonych w planie mierników.
4. W wyznaczonym przez Rektora terminie, Koordynator sporządza syntetyczną informację o wykonaniu planu realizacji zadań i celów Uniwersytetu za rok poprzedni. Podstawę sporządzenia

informacji stanowią sprawozdania składane Koordynatorowi przez osoby wymienione w ust. 2, według wzoru stanowiącego **tabelę nr 3** do niniejszej procedury.

§ 5.

Identyfikacja i ocena ryzyka oraz ustalenie metod przeciwdziałania ryzyku dokonywana jest podczas przygotowywania rocznego planu realizacji zadań i celów Uniwersytetu.

§ 6.

1. Identyfikacja ryzyka polega na ustaleniu ryzyka zagrażającego poszczególnym celom i zadaniom proponowanym do zamieszczenia w rocznym planie działania Uniwersytetu.

2. Podczas identyfikacji należy przeanalizować :

- 1) cele i zadania zamieszczone w planie realizacji zadań i celów ;
- 2) zagrożenia związane z osiągnięciem celów i realizowaniem zadań proponowanych do zamieszczenia w planie realizacji zadań i celów, wraz z ich wewnętrznymi i zewnętrznymi przyczynami oraz możliwymi scenariuszami rozwoju zdarzeń.

3. Podczas identyfikacji stosowana jest kategoryzacja ryzyka.

4. Ustala się następujące kategorie ryzyka :

- 1) ryzyko finansowe;
- 2) ryzyko dotyczące zasobów ludzkich;
- 3) ryzyko działalności (ryzyko wewnętrzne);
- 4) ryzyko zewnętrzne.

Przykłady ryzyka występującego w ramach poszczególnych kategorii przedstawia **tabela nr 4** do niniejszej procedury.

§ 7.

1. Ocena ryzyka polega na określeniu wpływu i prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka a następnie ustaleniu jego istotności według zasad określonych w § 8.

2. Ustalenie wpływu ryzyka polega na określeniu przewidywanych skutków jakie będzie miało, dla realizacji zadania lub osiągnięcia celu proponowanego do zamieszczenia w programie działania Uniwersytetu, wystąpienie zdarzenia objętego ryzykiem. Do określenia wpływu używana jest następująca skala ocen: wysoki – 3 punkty, średni – 2 punkty, niski – 1 punkt.

3. Ustalenie prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka polega na określeniu przewidywanej częstotliwości występowania zdarzenia objętego ryzykiem w trakcie roku. Do określenia prawdopodobieństwa stosowana jest następująca skala ocen: wysoki – 3 punkty, średni – 2 punkty, niski – 1 punkt.

4. Podczas określania wpływu i prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka stosowane są zasady zawarte w **tabeli nr 5** do niniejszej procedury.

§ 8.

1. W oparciu o dokonaną ocenę wpływu i prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka ustalony jest poziom istotności ryzyka.

2. Ustala się następujące poziomy istotności ryzyka :

- 1) ryzyko poważne, tj. ryzyko, którego iloczyn prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia oraz jego wpływ na organizację wynosi 6 lub 9 punktów;
- 2) ryzyko umiarkowane, tj. ryzyko, którego iloczyn prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia oraz jego wpływ na organizację wynosi 3 lub 4 punkty;
- 3) ryzyko nieznaczne, tj. ryzyko, którego iloczyn prawdopodobieństwa wystąpienia danego zdarzenia oraz jego wpływ na organizację wynosi 1 lub 2 punkty.

§ 9.

1. Ryzykiem akceptowanym jest ryzyko nieznaczne. Ryzyko umiarkowane i poważne przekracza akceptowany poziom ryzyka.
2. Ryzyko przekraczające akceptowany poziom ryzyka wymaga ustalenia i podjęcia działań ograniczających je do poziomu akceptowanego poprzez zmniejszenie jego wpływu lub prawdopodobieństwa wystąpienia (przeciwdziałania ryzyku).

§ 10.

1. Metodami przeciwdziałania ryzyku są :

- 1) przeniesienie odpowiedzialności za skutki ich wystąpienia, przeniesienia ryzyka - przekazanie ryzyka podmiotowi zewnętrznemu np. w drodze ubezpieczenia;
- 2) przeciwdziałanie – stosowanie mechanizmów kontroli zarządczej (w tym kontroli wewnętrznej), działania podejmowane przez Rektora, osoby zarządzające i pracowników w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowalnego poziomu.

2. W celu określenia metody przeciwdziałania ryzyku należy przeanalizować :

- 1) przyczyny (źródła) ryzyka i możliwe scenariusze rozwoju zdarzeń;
- 2) istniejące mechanizmy kontroli stosowane w celu ograniczenia lub uniknięcia tego ryzyka,
- 3) skuteczność istniejących mechanizmów kontroli tj. zakres, w jakim przeciwdziałają ryzyku, a poprzez to ułatwiają lub utrudniają realizację ustalonych celów i zadań.

§ 11.

1. Na podstawie dokonanej identyfikacji i oceny ryzyka oraz określenia metody przeciwdziałania ryzyku, kierownicy wszystkich jednostek organizacyjnych Uniwersytetu wypełniają Arkusz identyfikacji, oceny i przeciwdziałania ryzyku według wzoru będącego tabelą nr 6 do niniejszej procedury.

2. Odnotowania w arkuszu, o którym mowa w ust. 1, wymagają wszystkie zidentyfikowane ryzyka. W przypadku ryzyka poważnego i umiarkowanego w arkuszu należy podać planowaną metodę ograniczenia go do akceptowanego poziomu.

§ 12.

W przypadku zagrożenia wykonania zadania, osoby zobowiązane tj. kierownicy wszystkich jednostek organizacyjnych Uniwersytetu, w terminie odwrotnym, informuje o tym fakcie na piśmie Rektora. Informacja winna zawierać nazwę zadania, poziom osiągniętych mierników w odniesieniu do poziomu zakładanego oraz przyczyny nie osiągnięcia zamierzonych wartości docelowych, a także zidentyfikowane ryzyko i planowane metody jego przeciwdziałaniu według wzoru stanowiącego tabelę nr 2 do niniejszej procedury. Rektor po otrzymaniu informacji akceptuje przedstawioną propozycję lub podejmuje decyzje o innym sposobie reakcji.

§ 13.

Zidentyfikowane ryzyko oraz ustalone metody jego ograniczenia do akceptowanego poziomu są na bieżąco oceniane (monitorowane) przez osoby zarządzające w ramach bieżącego zarządzania.

REKTOR
UNIWERSYTETU ARTYSTYCZNEGO
im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Wojciech Hora

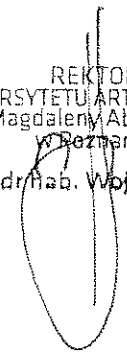


Tabela nr 1 do procedury

.....

(nazwa)

Plan realizacji zadań i celów w roku

| Lp | Cel - zadanie (opis zadania i celu) | Sposób wykonania | Termin wykonania | Osoba odpowiedzialna za wykonanie | Osoba sprawująca nadzór | Uwagi |
|----|-------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

.....

Data i podpis

REKTOR
UNIWERSYTETU ARTYSTYCZNEGO
Im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Wojciech Hora

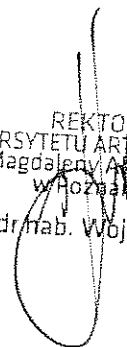


Tabela nr 2 do procedury

.....

(nazwa)

Informacja o zagrożeniu wykonania zadania na dzień

| Lp | Zadanie (opis zadania i celu) | Przyczyna nie osiągnięcia zamierzonych wartości | Ryzyko | Wpływ | Prawdopodobieństwo wystąpienia | Poziom istotności ryzyka | Planowana metoda Przeciwdziałania ryzyku |
|----|-------------------------------|---|--------|-------|--------------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

.....

Data i podpis

ZATWIERDZAM

.....

Podpis Rektora lub osoby upoważnionej

REKTOR
UNIwersytetu Artystycznego
Im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Włodzisław Hora

Tabela nr 3 do procedury

.....

(nazwa)

Sprawozdanie z realizacji zadań i celów w roku

| Lp | Cel - zadanie (opis zadania i celu) | Sposób wykonania | Planowany termin wykonania oraz faktyczny termin wykonania | Osoba odpowiedzi alna za wykonanie | Przyczyny nieosiągnięcia zamierzonych wartości | Uwagi |
|----|---|---------------------|--|---|---|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

.....

Data i podpis

REKTOR
UNIWERSYTETU ARTYSTYCZNEGO
im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Włodzisław Hora

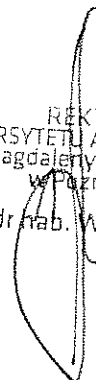


Tabela nr 4 do procedury

Kategorie ryzyka

Poniższa tabela przedstawia kategorie ryzyka wraz z przykładami dotyczącymi możliwych źródeł (przyczyn) oraz skutków.

UWAGA: Tabela nie określa zamkniętego katalogu ryzyka

| RYZIKO FINANSOWE | |
|---|--|
| Budżetowe | Związane z planowaniem i realizowaniem dochodów i wydatków; dostępnością środków publicznych. Ryzyko niewydatkowania środków budżetowych w określonym terminie, wielkością budżetu, wiarygodnością i rzetelnością informacji finansowych a także złożonością operacji finansowych |
| Oszustwa i kradzieże | Związane ze stratą środków rzeczowych i finansowych będących wynikiem przestępstwa lub wykroczenia |
| Podlegające ubezpieczeniu | Związane ze stratami finansowymi, które mogą być przedmiotem ubezpieczenia np. ryzyko pożaru, zalania, wypadku itp. |
| Odpowiedzialności | Związane z obowiązkiem zapłaty kwot pieniężnych tytułem np. odszkodowań, odsetek karnych, kosztów procesowych |
| Ryzyko dot. zasobów ludzkich | |
| Personelu | Związane z liczebnością i kompetencją pracowników |
| BHP | Związane ze zdrowiem pracowników i wypadkami przy pracy |
| Ryzyko działalności | |
| Regulacji wewnętrznych | Związane z istnieniem i adekwatnością regulacji wewnętrznych |
| Organizacji i podejmowania decyzji | Związane ze strukturą organizacyjną, organizacją pracy oraz przekazywaniem obowiązków i uprawnień np. ryzyko nieprecyzyjnie określonych obowiązków, ryzyko braku formalnie powierzonych obowiązków, ryzyko nieodpowiedniej struktury organizacyjnej, ryzyko nieprawidłowego przepływu informacji |
| Zamówień publicznych i zlecenia zadań publicznych | Związane z podejmowaniem decyzji oraz udzielaniem zamówień publicznych lub zlecaniem zadań publicznych innym podmiotom np. ryzyko naruszenia zasad, form lub trybu ustawy Prawo zamówień publicznych, terminowość. |
| Kontroli zarządczej | Związane z funkcjonowaniem kontroli zarządczej np. ryzyko skuteczności kontroli, |

| | |
|--------------------------|---|
| | ryzyko niedostatecznej kontroli, ryzyko niedostatecznych mechanizmów kontrolnych |
| Informacji | Związane z jakością informacji na podstawie której podejmowane są decyzje np. ryzyko braku komunikacji wewnętrznej |
| Wizerunku | Związane z wizerunkiem Uniwersytetu np. ryzyko negatywnych opinii |
| Systemów informatycznych | Związane z używaniem w Uniwersytecie systemów i programów informatycznych oraz ochroną zawartych w nich danych np. ryzyko awarii, ryzyko udostępnienia danych osobowych osobom nieuprawnionym, ryzyko nieuprawnionej modyfikacji danych |
| Ryzyko zewnętrzne | |
| Infrastruktury | Związane z infrastrukturą np. wyposażeniem, bazą lokalową, środkami transportu, środkami łączności |
| Gospodarcze | Związane z czynnikami ekonomicznymi np. kursy walut, inflacja |
| Środowiska prawnego | Związane ze skomplikowaniem i zmianami prawa oraz niejednolitym orzecznictwem |

REKTOR
 UNIWERSYTETU PEDAGOGICZNEGO
 im. Janausza Korczaka
 w Krakowie
 prof. dr hab. Wojciech Hora

Tabela nr 5 do procedury

I. Zasady oceny wpływu ryzyka

| Wpływ | Przesłanki |
|--------|--|
| Wysoki | Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje uszczerbek mający krytyczny lub bardzo duży wpływ na osiągnięcie celów strategicznych i na realizację kluczowych zadań – poważny uszczerbek w zakresie jakości wykonywanych zadań, poważna strata finansowa lub na wizerunku. Z wystąpieniem zdarzenia objętego ryzykiem wiąże się długotrwały i trudny proces przywracania stanu poprzedniego |
| Średni | Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje znaczącą stratę, ma negatywny wpływ na efektywność działania, jakość wykonywanych zadań, wizerunek Uniwersytetu |
| Niski | Zdarzenie objęte ryzykiem powoduje niewielką stratę, zakłócenie lub opóźnienie w wykonywaniu zadań. Nie wpływa na wizerunek Uniwersytetu. Skutki można łatwo usunąć |

II. Zasady oceny stopnia prawdopodobieństwa ziszczenia się ryzyka

| Prawdopodobieństwo | Przesłanki |
|--------------------|--|
| Wysokie | Istnieją uzasadnione powody, by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się wielokrotnie w ciągu roku |
| Średnie | Istnieją uzasadnione powody, by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się kilkakrotnie w ciągu roku |
| Niskie | Istnieją uzasadnione powody by sądzić, że zdarzenie objęte ryzykiem zdarzy się raz w ciągu roku lub że nie zdarzy się w ciągu roku |

REKTOR
 UNIwersytetu ARTYSTYCZNEGO
 Im. Magdaleny Abakanowicz
 w Poznaniu
 prof. dr hab. Włodzisław Hora

.....
(nazwa)

Arkusz identyfikacji, oceny i przeciwdziałaniu ryzyku w roku

| Lp | Cel - zadanie | Ryzyko (wraz z podaniem kategorii) | Wpływ | Prawdopodobieństwo | Poziom istotności | Planowana metoda przeciwdziałaniu ryzyku |
|----|------------------|---|-------|--------------------|----------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

.....
Data i podpis

ZATWIERDZAM

.....
Podpis Rektora lub osoby upoważnionej

Zasady wypełniania tabeli:

| Kolumna | Sposób wypełnienia |
|---------|--|
| 1 | Numer kolejny celu i zadania według propozycji do planu działania jednostki |
| 2 | Nazwa celu i zadania zamieszczonego w propozycji do planu działania jednostki |
| 3 | Wskazanie kategorii ryzyka oraz krótki opis ryzyka np. ryzyko finansowe związane z nie wydatkowaniem środków budżetowych w określonym terminie |
| 4 | Ocena wpływu w skali wysoki - średni - niski od 1 do 3 punktów |
| 5 | Ocena prawdopodobieństwa w skali wysokie - średnie - niskie od 1 do 3 punktów |
| 6 | Poziom istotności ryzyka wynikający z przyznanych ocen prawdopodobieństwa i wpływu (poważny, umiarkowany, nieznaczny) |
| 7 | Wskazanie planowanej metody przeciwdziałaniu wystąpienia ryzyka np. bieżący nadzór, powierzenie odpowiedzialności wyznaczonemu pracownikowi |

REKTOR
UNIwersytetu Artystycznego
im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Wojciech Hora

Załącznik nr 2
do zarządzenia nr 37/2020/2021.
Rektora Uniwersytetu Artystycznego
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu
z dnia 25 stycznia 2021 roku
w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie Artystycznym
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu

Ankieta do samooceny kontroli zarządczej w Uniwersytecie Artystycznym
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu
– kierownicy jednostek organizacyjnych

..... w roku
(nazwa jednostki organizacyjnej)

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|---|-----|-----|----------------------|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE | | | | |
| | Przestrzeganie wartości etycznych | | | | |
| 1. | Czy wdrożono dokument zawierający kodeks etyki lub zasady etycznego postępowania? | | | | |
| 2. | Czy określono zasady wyłączenia pracownika, w każdym przypadku wystąpienia okoliczności mogących mieć wpływ na obiektywizm przy realizacji zadań? | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|--|-----|-----|----------------------|------------------------------------|
| 3. | Czy w roku wystąpił przypadek naruszenia zasad równości i dyskryminacji wobec pracownika lub patentu ? | | | | |
| | Kompetencje zawodowe | | | | |
| 4. | Czy ustalono zasady naboru na wolne stanowiska pracy? | | | | |
| 5. | Czy wszystkie stanowiska pracy w kierowanej przez Panią/Pana jednostce organizacyjnej posiadają ustalone wymagania kwalifikacyjne, w których zawarto co najmniej informacje o niezbędnym wykształceniu, pożądanym stażu pracy oraz innych pożądanym kwalifikacjach ? | | | | |
| 6. | Czy istnieje system podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników ? | | | | |
| 7. | Czy pracownicy w Pani/Pana jednostce organizacyjnej mają zapewniony w wystarczającym stopniu dostęp do szkoleń niezbędnych na zajmowanych przez nich stanowiskach pracy ? | | | | |
| 8. | Czy istnieje system okresowych ocen pracowników ? | | | | |
| 9. | Czy istnieje polityka awansowania pracowników ? | | | | |
| | Struktura organizacyjna | | | | |
| 10. | Czy określono zadania dla kierowanej przez Panią /Pana jednostki organizacyjnej? | | | | |
| 11. | Czy struktura organizacyjna Pani/Pana jednostki organizacyjnej jest dostosowana do aktualnych jej celów i zadań? | | | | |
| 12. | Czy struktura organizacyjna podlega corocznej ocenie? | | | | |
| 13. | Czy w kierowanej przez Panią/Pana jednostce organizacyjnej zatrudniona jest odpowiednia liczba pracowników w odniesieniu do celów i zadań jednostki organizacyjnej? | | | | |
| 14. | Czy Pani/Pana pracownicy posiadają aktualne zakresy obowiązków określone na piśmie lub inny dokument o tym charakterze? | | | | |
| | Delegowanie uprawnień | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|---|-----|-----|----------------------|---------------------------------|
| 15. | Czy zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników są określone w formie pisemnej? | | | | |
| 16. | Czy delegowanie uprawnień w jednostce organizacyjnej jest w formie pisemnej? | | | | |
| 17. | Czy istnieje obowiązek wygaszania indywidualnych upoważnień w każdym przypadku zmiany organu upoważniającego? | | | | |
| 11 | CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM | | | | |
| | Misja | | | | |
| 18. | Czy określono misję jednostki organizacyjnej w postaci krótkiego syntetycznego opisu celu jej istnienia (poza statutem)? | | | | |
| | Określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji | | | | |
| 19. | Czy zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny czy statut ? | | | | |
| 20. | Czy cele i zadania jednostki miały określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? | | | | |
| 21. | Czy ustalono terminy do realizacji zaplanowanych zadań ? | | | | |
| 22. | Czy zapewniono środki finansowe na pełną i terminową realizację zadań ? | | | | |
| 23. | Czy na bieżąco monitoruje Pani/Pan stan zaawansowania przyjętych do realizacji zadań? | | | | |
| | Identyfikacja ryzyka | | | | |
| 24. | Czy istnieje obowiązek identyfikacji ryzyka co najmniej raz w roku ? | | | | |
| 25. | Czy ustalono zadania wrażliwe i przyjęto sposób ich monitorowania ? | | | | |
| | Analiza ryzyka | | | | |
| 26. | Czy w przypadku każdego ryzyka został określony poziom ryzyka, jaki można zaakceptować ? | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|---|-----|-----|----------------------|---------------------------------|
| 27. | Czy w stosunku do każdego istotnego ryzyka został określony sposób radzenia sobie z tym ryzykiem? | | | | |
| 28. | Czy dokonano hierarchizacji ryzyk? | | | | |
| 29. | Czy przyjęto udokumentowaną formę identyfikacji ryzyk? Reakcja na ryzyko | | | | |
| 30. | Czy zostały zaplanowane i wdrożone odpowiednie działania w stosunku do każdego ryzyka, które nie może być przez jednostkę organizacyjną zaakceptowane? | | | | |
| 31. | Czy w stosunku do ryzyk, do których jednostka podejmuje działania, zostały wdrożone odpowiednie mechanizmy kontrolne? | | | | |
| III | MECHANIZMY KONTROLI | | | | |
| | Dokumentowanie systemu kontroli zarządczej | | | | |
| 32. | 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? | | | | |
| 33. | Czy „dokumentacja systemu kontroli zarządczej” jest kompletna i aktualna oraz przekazana do stosowania pracownikom? | | | | |
| 34. | Czy ustalono tryb aktualizowania procedur na rzecz sprawnego i skutecznego systemu kontroli zarządczej? Nadzór | | | | |
| 35. | Czy w kierowanej przez Panią/Pana jednostce organizacyjnej zapewniono rejestrację wszystkich spraw wpływających? | | | | |
| 36. | Czy ustanowiono nadzór nad terminowością załatwiania spraw? | | | | |
| 37. | Czy istnieje system weryfikacji zgodności z prawem rozstrzygania spraw? | | | | |
| | Ciągłość działalności | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|--|-----|-----|----------------------|---------------------------------|
| 38. | Czy wprowadzony został system zastępstw zapewniający ciągłość realizacji zadań? | | | | |
| 39. | Czy zostały zapewnione mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)? | | | | |
| | Ochrona zasobów | | | | |
| 40. | Czy istnieje system ochrony fizycznej obiektu i mienia? | | | | |
| 41. | Czy dostęp pracowników do siedziby, obiektów i pomieszczeń poza godzinami pracy jest ograniczony i kontrolowany? | | | | |
| 42. | Czy pomieszczenia o istotnym znaczeniu są odpowiednio chronione za pomocą zabezpieczeń technicznych, a dostęp do nich jest ograniczony i kontrolowany? | | | | |
| 43. | Czy wprowadzono odpowiedzialność materialną pracowników za powierzone im mienie? | | | | |
| | Mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych | | | | |
| 44. | Czy procedury zapewniają okresową analizę zapisów księgowych ? | | | | |
| 45. | Czy zapewniona jest weryfikacja operacji finansowych przed i po ich realizacji? | | | | |
| 46. | Czy system księgowy zapewnia ciągłość zapisów oraz posiada zabezpieczenia przed dokonywaniem zmian w zapisach księgowych ? | | | | |
| 47. | Czy zapewniono rozdział kluczowych obowiązków, tzn. rozdzielono pomiędzy różnych pracowników zadania dot. zatwierdzania i rejestrowania operacji gospodarczych oraz dokonywania płatności? | | | | |
| 48. | Czy wyznaczono pracowników odpowiedzialnych za kontrolę merytoryczną ponoszonych kosztów/wydatków pod względem celowości, legalności, efektywności i oszczędności? | | | | |
| | Mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych | | | | |
| 49. | Czy istnieją procedury służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych? | | | | |
| 50. | Czy zapewniono obowiązek okresowej zmiany hasel dostępu do sieci informatycznej? | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|--|-----|-----|----------------------|---------------------------------|
| 51. | Czy w roku doszło do utraty danych i naruszenia bezpieczeństwa danych ? | | | | |
| IV | INFORMACJA I KOMUNIKACJA | | | | |
| | Bieżąca informacja | | | | |
| 52. | Czy kierownictwo na bieżąco informuje kierowników jednostek organizacyjnych o nowych zadaniach lub zmianie okoliczności zaistniałych w jednostce lub poza nią? | | | | |
| 53. | Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi w jednostce? | | | | |
| 54. | Czy pracownicy ponoszą odpowiedzialność za poufność informacji pozyskiwanych w ramach wykonywania obowiązków służbowych? | | | | |
| 55. | Czy istnieją zasady sporządzania, gromadzenia i udostępniania informacji, w tym niejawnych? | | | | |
| | Komunikacja wewnętrzna | | | | |
| 56. | Czy opracowano rozdzielniki dla grup istotnych dokumentów, zapewniające dotarcie informacji do wszystkich zainteresowanych? | | | | |
| 57. | Czy ustalono obowiązek pisemnego potwierdzenia zapoznania się z określonymi dokumentami (rodzajami dokumentów)? | | | | |
| 58. | Czy zapewniono możliwość komunikacji wewnętrznej za pomocą elektronicznych środków (poczta elektroniczna, intranet)? | | | | |
| 59. | Czy w kierowanej przez Panią/Pana jednostce organizacyjnej istnieje sprawny przepływ informacji? | | | | |
| | Komunikacja zewnętrzna | | | | |
| 60. | Czy opracowano procedurę udostępniania informacji publicznej? | | | | |
| 61. | Czy we wszystkich sprawach zachowano terminy odpowiedzi określone w przepisach prawa ? | | | | |
| 62. | Czy zapewniono rejestrację wszystkich wpływających i wychodzących pism (spraw, informacji)? | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|--|-----|-----|----------------------|---------------------------------|
| 63. | Czy w jednostce funkcjonuje sformalizowany system wymiany informacji z podmiotami zewnętrznymi mającymi wpływ na osiąganie celów i realizację zadań Pani/Pana komórki organizacyjnej? | | | | |
| V | MONITOROWANIE I OCENA | | | | |
| 64. | Monitorowanie systemu kontroli zarządczej | | | | |
| 65. | Czy wdrożone zostały wszystkie zalecenia pokontrolne i audytowe, uzyskane w wyniku przeprowadzonych kontroli i audytów zewnętrznych i wewnętrznych ? Samocena | | | | |
| 66. | Czy prowadzona jest w jednostce dodatkowa wewnętrzna samoocena (za wyjątkiem powyższego arkusza samooceny)? | | | | |
| 67. | Czy wyniki samooceny poddawane są dalszej analizie na rzecz poprawy stanu kontroli zarządczej? | | | | |
| | Uzyskane zapewnienie o stanie kontroli zarządczej | | | | |
| 68. | Czy przyjęto udokumentowany system działań na rzecz wykorzystania wyników dokonywanej samooceny w kierowanej przez Panią/Pana jednostce? | | | | |
| 69. | Czy wyniki monitorowania realizacji celów i zadań, wyniki stanu kontroli zarządczej uzyskany na podstawie samooceny oraz wyniki przeprowadzonych kontroli i audytów są wykorzystywane w procesie na rzecz podnoszenia poziomu kontroli zarządczej w kierowanej przez Panią/Pana jednostce? | | | | |

.....
Podpis kierownika jednostki organizacyjnej

**Ankieta do samooceny kontroli zarządczej w Uniwersytecie Artystycznym
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu
– pracownicy jednostek organizacyjnych**

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej) w roku

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|---|-----|-----|----------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | ŚRODOWISKO WEWNĘTRZNE | | | | |
| 1. | Czy Pani/Pan wie, jakie zachowania pracowników uznawane są w jednostce za nieetyczne? | | | | |
| 2. | Czy Pani/Pan wie jak należy się zachować w przypadku, gdy będzie Pani/Pan świadkiem poważnych naruszeń zasad etycznych obowiązujących w jednostce ? | | | | |
| 3. | Czy Pani/Pana zdaniem osoby na stanowiskach kierowniczych przestrzegają i promują własną postawą i decyzjami etyczne postępowanie? | | | | |
| 4. | Czy bierze Pani/Pan udział w szkoleniach w wystarczającym stopniu, aby skutecznie realizować powierzone zadania? | | | | |
| 5. | Czy szkolenia, w których Pan/Pani uczestniczył/a były przydatne na zajmowanym stanowisku? | | | | |
| 6. | Czy jest Pani/Pan informowany przez bezpośredniego przełożonego o wynikach okresowej oceny Pani/Pana pracy? | | | | |
| 7. | Czy istnieje dokument, w którym zostały ustalone wymagania w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia konieczne do wykonywania zadań na Pani/Pana stanowisku pracy (np. zakres obowiązków, opis stanowiska pracy)? | | | | |
| 8. | Czy posiada Pani/Pan aktualny zakres obowiązków określony na piśmie lub inny dokument o takim charakterze? | | | | |
| 9. | Czy są Pani/Panu znane kryteria, za pomocą, których oceniane jest wykonywanie Pani/Pana zadań? | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|---|-----|-----|----------------------|------------------------------------|
| 10. | Czy określono zadania dla kierowanej przez Panią /Pana jednostki organizacyjnej? | | | | |
| 11. | Czy bezpośrednio przełożeni w wystarczającym stopniu monitorują na bieżąco stan zaawansowania powierzonych pracownikom zadań? | | | | |
| 12. | Czy zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników są określone w formie pisemnej? | | | | |
| 13. | Czy delegowanie uprawnień w jednostce organizacyjnej jest w formie pisemnej? | | | | |
| II | CELE I ZARZĄDZANIE RYZYKIEM | | | | |
| 14. | Czy zna Pani/Pan najważniejsze cele istnienia jednostki organizacyjnej ? | | | | |
| 15. | Czy w Pani/Pana jednostce organizacyjnej zostały określone cele do osiągnięcia lub zadania do realizacji w bieżącym roku w innej formie niż regulamin organizacyjny (np., jako plan pracy, plan działalności itp.)? | | | | |
| 16. | Czy cele i zadania Pani/Pana jednostki organizacyjnej na bieżący rok mają określone mierniki, wskaźniki bądź inne kryteria, za pomocą, których można sprawdzić czy cele i zadania zostały zrealizowane? | | | | |
| 17. | Czy w Pani/Pana jednostce organizacyjnej w udokumentowany sposób identyfikuje się zagrożenia/ryzyka, które mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań jednostki organizacyjnej (np. poprzez sporządzenie rejestru ryzyka lub innego dokumentu zawierającego zidentyfikowane zagrożenia/ryzyka)? | | | | |
| 18. | Czy wśród zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk wskazuje się zagrożenia/ryzyka istotne, które w znaczący sposób mogą przeszkodzić w realizacji celów i zadań jednostki organizacyjnej? | | | | |
| 19. | Czy w Pani/Pana jednostce organizacyjnej podejmuje się wystarczające działania mające na celu ograniczenie zidentyfikowanych zagrożeń/ryzyk, w szczególności tych istotnych? | | | | |
| III | MECHANIZMY KONTROLI | | | | |
| 20. | Czy posiada Pani/Pan bieżący dostęp do procedur/instrukcji obowiązujących w jednostce (np. poprzez intranet)? | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|--|-----|-----|----------------------|------------------------------------|
| 21. | Czy istniejące procedury w wystarczającym stopniu opisują zadania realizowane przez Panią/Pana? | | | | |
| 22. | Czy obowiązujące Panią/Pana procedury/instrukcje są aktualne, tzn. zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i regulacjami wewnętrznymi (np. regulaminem organizacyjnym, innymi procedurami)? | | | | |
| 23. | Czy nadzór ze strony przełożonych zapewnia skuteczną realizację zadań? | | | | |
| 24. | Czy wprowadzony został system zastępstw zapewniający ciągłość realizacji zadań? | | | | |
| 25. | Czy zostały zapewnione mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości działalności na wypadek awarii (np. pożaru, powodzi, poważnej awarii)? | | | | |
| 26. | Czy istnieje system ochrony fizycznej obiektu i mienia? | | | | |
| 27. | Czy dostęp pracowników do siedziby, obiektów i pomieszczeń poza godzinami pracy jest ograniczony i kontrolowany? | | | | |
| 28. | Czy pomieszczenia o istotnym znaczeniu są odpowiednio chronione za pomocą zabezpieczeń technicznych, a dostęp do nich jest ograniczony i kontrolowany? | | | | |
| 29. | Czy wprowadzono odpowiedzialność materialną pracowników za powierzone im mienie? | | | | |
| 30. | Czy dokumenty/materiały/zasoby informatyczne, z których korzysta Pani/Pan w swojej pracy są Pani/Pana zdaniem odpowiednio chronione przed utratą lub zniszczeniem? | | | | |
| 31. | Czy ma Pani/Pan dostęp do wszystkich informacji i danych niezbędnych do realizacji powierzonych Pani/Panu zadań? | | | | |
| 32. | Czy postawa osób na stanowiskach kierowniczych w Pani/Pana jednostce organizacyjnej zachęca pracowników do sygnalizowania problemów i zagrożeń w realizacji zadań jednostki organizacyjnej? | | | | |
| 33. | Czy istnieją procedury służące zapewnieniu bezpieczeństwa danych i systemów informatycznych? | | | | |
| 34. | Czy zapewniono obowiązek okresowej zmiany hasel dostępu do sieci informatycznej? | | | | |
| IV | INFORMACJA I KOMUNIKACJA | | | | |

| Lp. | PYTANIE | TAK | NIE | TRUDNO POWIEDZIEĆ | UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE |
|-----|---|-----|-----|----------------------|------------------------------------|
| 35. | Czy w przypadku wystąpienia trudności w realizacji zadań zwraca się Pani/Pan w pierwszej kolejności do bezpośredniego przełożonego z prośbą o pomoc? | | | | |
| 36. | Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi w Uniwersytecie? | | | | |
| 37. | Czy pracownicy ponoszą odpowiedzialność za poufność informacji pozyskiwanych w ramach wykonywania obowiązków służbowych? | | | | |
| 38. | Czy istnieją zasady sporządzania, gromadzenia i udostępniania informacji, w tym niejawnych? | | | | |
| 39. | Czy Pani/Pana zdaniem istnieje sprawny przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi w UAP | | | | |
| 40. | Czy zna Pani/Pan zasady kontaktów pracowników UAP z podmiotami zewnętrznymi (np. wnioskodawcami, dostawcami, oferentami) oraz swoje uprawnienia i obowiązki w tym zakresie? | | | | |
| 41. | Czy ustalono obowiązek pisemnego potwierdzenia zapoznania się z określonymi dokumentami (rodzajami dokumentów)? | | | | |
| 42. | Czy przełożeni, na co dzień zwracają wystarczającą uwagę na przestrzeganie przez pracowników obowiązujących w jednostce zasad, procedur, instrukcji itp.? | | | | |

.....
Podpis pracownika jednostki organizacyjnej

REKTOR
UNIWERSYTETU ARTYSTYCZNEGO
im. Magdaleny Abakumowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Wojciech Hłora

Załącznik nr 3
do zarządzenia nr 37/2020/2021.
Rektora Uniwersytetu Artystycznego
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu
z dnia 25 stycznia 2021 roku
w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Uniwersytecie Artystycznym
im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej
Uniwersytet Artystyczny im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu

za rok

(rok, za który składane jest oświadczenie)

Dział I

Jako osoba odpowiedzialna za zapewnienie funkcjonowania 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 dla zapewnienia:

- 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,

oświadczam, że w kierowanej przeze mnie jednostce przeprowadzona została ocena funkcjonowania kontroli zarządczej.

Część A

w wystarczającym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Część B

w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, należy opisać w dziale II oświadczenia.

Część C

nie funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza.

Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej wraz z planowanymi działaniami, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej, zostały opisane w dziale II oświadczenia.

Część D

Niniejsze oświadczenie opiera się na mojej ocenie i informacjach dostępnych w czasie sporządzania niniejszego oświadczenia pochodzących z:

- monitoringu realizacji celów i zadań,
- samooceny kontroli zarządczej przeprowadzonej z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych,
- procesu zarządzania ryzykiem,
- audytu wewnętrznego,
- kontroli wewnętrznych,
- kontroli zewnętrznych,
- innych źródeł informacji:
-

Jednocześnie oświadczam, że nie są mi znane inne fakty lub okoliczności, które mogłyby wpłynąć na treść niniejszego oświadczenia.

Uniwersytet Artystyczny im. Magdaleny Abakanowicz w Poznaniu

Wypełniający:

Data:.....

Podpis:.....

Dział II

1. Zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania kontroli zarządczej w roku ubiegłym.

.....
.....
.....

Należy opisać przyczyny złożenia zastrzeżeń w zakresie funkcjonowania kontroli zarządczej.

2. Planowane działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

.....
.....
.....

Należy opisać kluczowe działania, które zostaną podjęte w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej w odniesieniu do złożonych zastrzeżeń, wraz z podaniem terminu ich realizacji.

Dział III

Działania, które zostały podjęte w ubiegłym roku w celu poprawy funkcjonowania kontroli zarządczej.

1. Działania, które zostały zaplanowane na rok, którego dotyczy oświadczenie:

.....
.....
.....

Należy opisać najistotniejsze działania, jakie zostały podjęte w roku, którego dotyczy niniejsze oświadczenie w odniesieniu do planowanych działań wskazanych w dziale II oświadczenia za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie.

2. Pozostałe działania:

.....
.....
.....

Należy opisać najistotniejsze działania, niezaplanowane w oświadczeniu za rok poprzedzający rok, którego dotyczy niniejsze oświadczenie, jeżeli takie działania zostały podjęte.

REKTORE
UNIWERSYTETU ARTYSTYCZNEGO
im. Magdaleny Abakanowicz
w Poznaniu
prof. dr hab. Wojciech Hora