



## Kontrollrapport

Nämnd/verksamhet:

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| Kontrollmoment:       | Datum för kontroll:         |
| Kontrollen utförd av: | Månad som kontrollen avser: |

Fungerar rutinen?

Inga brister ☐

Vissa brister ☐

Allvarliga brister ☐

Kommentera vad som inte fungerar:

Vilka är berörda?

Förslag till förbättring

Övrigt