

# PROTOKÓŁ KONTROLI

Zgodność z przepisami prawa zwiększenia dostępności i jakości wsparcia udzielanego uczniom przez nauczycieli specjalistów, w tym pedagogów specjalnych.

## Informacja o kontrolowanej szkole/placówce:

Nazwa szkoły/placówki	TECHNIKUM KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO NR 1 IM. MJR. FELIKSA KOZUBOWSKIEGO W SOCHACZEWIE
Adres	ul. Stadionowa 4 96-500 Sochaczew
Imię i nazwisko dyrektora szkoły/placówki	DOMINIKA OZDOWSKA

## Informacja o kontroli

Organ sprawujący nadzór pedagogiczny	
Nazwa:	Mazowiecki Kurator Oświaty
Adres:	al. Aleje Jerozolimskie 32 00-024 Warszawa

Kontrolujący		
Imię i nazwisko	Data wydania upoważnienia do przeprowadzenia kontroli	Numer upoważnienia do przeprowadzenia kontroli
Ewa Kosińska - Przybytek	12.04.2024	KPZ.5532.1.26.2024.EK

Terminy	
Termin rozpoczęcia kontroli:	2024-04-19
Termin zakończenia kontroli:	2024-04-19
Dni, w których odbywały się czynności kontroli w szkole/placówce:	2024-04-19

Opis ustalonego stanu faktycznego, w tym ujawnionych nieprawidłowości, wnioski i zalecenia wynikające z przeprowadzonych czynności kontroli:

### 1. Informacje o kontrolowanej szkole

- podstawowa
- liceum ogólnokształcące
- technikum
- branżowa szkoła I stopnia

stanowisko	wymiar zatrudnienia (w etatach)	Czy nauczyciel w ramach etatu prowadzi zajęcia rewalidacyjne (ZR)?	Jeśli w kolumnie C zaznaczono odpowiedź „TAK”, należy wskazać wymiar etatu w ramach którego realizowane są ZR (liczba godzin ZR/ liczba godzin obowiązkowego tygodniowego wymiaru zajęć).
A	B	C	D
<b>rok szkolny 2021/2022</b>			
pedagoga	0.5	NIE	
pedagoga specjalnego	0	NIE	
psychologa	0.8	NIE	
logopedy	0	NIE	
terapeuty pedagogicznego	0.73	TAK	0.73
razem	2.03		
<b>rok szkolny 2022/2023</b>			
pedagoga	0.36	NIE	
pedagoga specjalnego	0.55	NIE	
psychologa	1.0	NIE	
logopedy	0	NIE	
terapeuty pedagogicznego	0.82	TAK	0.82
razem	2.73		
<b>rok szkolny 2023/2024</b>			
pedagoga	0	NIE	
pedagoga specjalnego	1.23	NIE	
psychologa	0.72	NIE	
logopedy	0	NIE	
terapeuty pedagogicznego	1.09	TAK	1.09
razem	3.04		

Poświadczam odbiór protokołu kontroli

**namnika Ozłowska**

-----  
**Dyrektor**

Data i podpis dyrektora szkoły/placówki