

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

## REGIONE SARDEGNA - PON IOG PAR SARDEGNA II FASE MODELLO 1 - SCHEDA 2B - CONTROLLO IN LOCO EX POST ASSE\_\_\_\_\_

### VERBALE/CHECK LIST DI VERIFICA ISPETTIVA IN LOCO EX POST

Controlli eseguiti ai sensi dell'art. 125, par. 4, lett. A, Reg CE 1303/2013

I sottoscritti incaricati della visita (stampatello)

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

In data .....ore .....

Presso la sede (denominazione e indirizzo) .....

Alla presenza del Legale Rappresentante del Beneficiario.....e/o di un suo delegato  
nella persona di .....

hanno redatto il seguente verbale relativo alla verifica in loco delle attività del progetto:

.....

Codice Locale di Progetto (CLP): .....

Codice Unico di Progetto (CUP): .....

Codice percorso.....denominazione .....

Domanda di rimborso n..... del.....

Nota (RdS) trasmissione campione prot. n. .... del .....

Documentazione (**) sottoposta a controllo	Controllo effettuato in loco	SI	NO	NA
<b>Cod. 2b_1 Patto di Attivazione/Patto di servizio</b> (documento firmato (*) dal giovane e dai servizi competenti o presa in carico da parte dell'Amministrazione ANPAL)	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			
<b>Cod. 2b_2 Domanda di rimborso</b>	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURANTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

<b>Cod. 2b_3 Relazione intermedia/finale</b> dettagliata dell'attività svolta o documentazione equivalente	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			
<b>Cod. 2b_4 Convenzione/i di stage</b> o contratto di apprendistato (ove previsto)	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			
<b>Cod. 2b_5 Comunicazioni ente</b>	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			
<b>Cod. 2b_6 Progetto formativo/gruppo di lavoro</b>	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			
<b>Cod. 2b_7 Registro</b> (documento contenente le presenze indicante le attività didattiche svolte (*), opportunamente compilato, firmato e preventivamente vidimato ovvero registro presenze digitale, ove previsto)	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			
<b>Cod. 2b_8 Curricula dei docenti</b> (documento comprovante la corrispondenza di fascia di pertinenza delle ore effettivamente erogate con quelle rendicontate, nel caso si siano usati parametri per fascia)	Verifica presenza originali, ove applicabile ovvero documento equivalente (Attestazione di Conformità anche se documento informatico)			
	Corrispondenza dell'originale con la documentazione caricata a sistema			
	Verifica della corretta fascicolazione del progetto			

(\*) Nel caso di attività a distanza, anche qualora introdotte per il periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19, saranno applicate le disposizioni in materia vigenti.

(\*\*) Nel caso in cui l'avviso preveda esclusivamente la documentazione con formato digitale, valorizzare il campo NA e riportarne informazione nel campo note

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

SONO STATE RILEVATE DIFFORMITA'	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cod.		
Cod.		

NOTE A CURA DEGLI ISPETTORI

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

CONSIDERAZIONI DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE

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

Eventuali allegati: \_\_\_\_\_

ESITO DELLA VISITA

☐ positivo      ☐ negativo      ☐ sospeso

Se sospeso indicare le motivazioni

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

PRESENZIANO ALLA VERIFICA IN LOCO	TIMBRO E FIRMA
<b>ISPETTORE</b> Nome e cognome: .....	

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

<b>ISPETTORE</b> Nome e cognome: .....	
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE (o suo delegato)</b> Nome e cognome: .....	
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE (o suo delegato)</b> Nome e cognome: .....	

Data \_\_\_\_\_

Numero di pagine totali \_\_\_\_\_

=====

