**REGIONE SARDEGNA - PON IOG PAR SARDEGNA II FASE**

**MODELLO 1 - SCHEDA 1C - 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 della verifica in loco:

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

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

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

Cognome e nome utente ………………………………

Codice Fiscale utente………………………………

ID colloqui ……………

| **Documentazione (\*\*) sottoposta a controllo** | **Controllo effettuato in loco** | **SI** | **NO** | **NA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cod. 1c\_1 Patto di Attivazione/Patto di servizio** (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 |  |  |  |
| **Cod. 1c\_2 Dichiarazione di spesa inclusi eventuali allegati** | 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 |  |  |  |
| **Cod. 1c\_3** **Attività front office** (\*) (documento che certifica le attività e le ore erogate firmato dall’operatore e dal giovane) | 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 |  |  |  |
| **Cod. 1c\_4 Attività in back office**, ove previste (documento che certifica le attività e le effettive ore di prestazione, firmato dal responsabile dell’operatore che ha prestato il servizio) | 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **SONO STATE RILEVATE DIFFORMITA’ SI □** | **NO □** |
| **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** |
| **ISPETTORE**  Nome e cognome**:** ………………………………………………… |  |
| **ISPETTORE**  Nome e cognome**:** ………………………………………………… |  |
| **LEGALE RAPPRESENTANTE (o suo delegato)**  Nome e cognome**:** ………………………………………………… |  |
| **LEGALE RAPPRESENTANTE (o suo delegato)**  Nome e cognome**:** ………………………………………………… |  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

====================================

**SEZIONE RISERVATA AGLI ISPETTORI**

1. **CONCLUSIONI IN CASO DI ESITO SOSPESO (***eventuale***)**

*(da compilare obbligatoriamente prima del rilascio dell’esito finale indicando la documentazione prodotta ovvero la mancata produzione della documentazione richiesta)*

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………….…………………………………….…………………….…………….………………  …….………………………………………….…………………………………….…………………….…………….……………… |

1. **ESITO FINALE DEL CONTROLLO**

□ positivo □ negativo

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMANO IL VERBALE** | **TIMBRO E FIRMA** |
| **ISPETTORE**  Nome e cognome**:** ………………………………………………… |  |
| **ISPETTORE**  Nome e cognome**:** ………………………………………………… |  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero di pagine totali compresa la presente sezione**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**