

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

**REGIONE SARDEGNA - PON IOG PAR SARDEGNA II FASE  
MODELLO 1 - SCHEDA 1B - 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 colloquio A01 ..... ID colloquio A02 .....

Documentazione (**) sottoposta a controllo	Controllo effettuato in loco	SI	NO	NA
<b>Cod. 1b_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) ed eventuale altra documentazione correlata	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. 1b_2 Attestazione del servizio erogato A01 e A02</b> (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			

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

<b>Cod. 1b_3 Dichiarazione di spesa inclusi eventuali allegati</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			

(\*) 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.

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

**NOTE A CURA DEGLI ISPETTORI**

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

**CONSIDERAZIONI DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE**

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

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

**ESITO DELLA VISITA**

positivo                       negativo                       sospeso

Se sospeso indicare le motivazioni

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

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

.....
.....

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

=====

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

### SEZIONE RISERVATA AGLI ISPETTORI

#### A) 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)

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

#### B) ESITO FINALE DEL CONTROLLO

positivo

negativo

FIRMANO IL VERBALE	TIMBRO E FIRMA
<b>ISPETTORE</b> Nome e cognome: .....	
<b>ISPETTORE</b> Nome e cognome: .....	

Data \_\_\_\_\_

Numero di pagine totali compresa la presente sezione