

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 2 - CONTROLLO IN LOCO IN ITINERE ASSE_____

SCHEDA 2C

VERBALE/CHECK LIST DI VERIFICA ISPETTIVA IN LOCO IN ITINERE

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

I sottoscritti incaricati della visita (stampatello)

.....

.....

In dataore.....

Presso la sede (denominazione e indirizzo)

Convenzione atto di adesione n.....data.....

Alla presenza del Legale Rappresentante dell'Agenzia Formativa ☐ Impresa ☐ e/o di un suo delegato nella persona di

hanno redatto il seguente verbale a conclusione della verifica in loco delle attività del progetto:

codice percorso _____ denominazione _____

Codice Locale di Progetto (CLP):

Codice Unico di Progetto (CUP):

Beneficiario (Impresa).....

Nome e cognome utente

Codice fiscale utente

Elementi e Documentazione sottoposta a controllo			
Informazioni generali attività corsuali			
Cod. 2_1 Numero ore	N		
Cod. 2_2 Numero allievi previsti	N		
Cod. 2_3 Numero allievi frequentanti	N		
Cod. 2_4 Attività svolta nei locali comunicati e autorizzati dalla RAS	SI	NO	NA
Cod. 2_5 Sede formativa accreditata	SI	NO	NA

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

Cod. 2_6 Indicare estremi di accreditamento			
Cod. 2_7 Documentazione attestante le coperture assicurative obbligatorie previste (se pertinente)	SI	NO	NA
Cod. 2_8 Le attività sono regolarmente svolte secondo il calendario inviato alla RAS (Confrontare con calendario RAS ufficiale)	SI	NO	NA
Cod. 2_9 Le attività in svolgimento, al momento del controllo, sono coerenti con quanto contenuto dall'Unità di Competenza di riferimento/Progetto Formativo	SI	NO	NA
Cod. 2_10 I nominativi degli allievi corrispondono all'elenco comunicato alla RAS (Confrontare l'elenco trasmesso alla RAS)	SI	NO	NA
Aspetti organizzativi attività corsuali			
Cod. 2_11 Calendario delle attività corsuali	SI	NO	NA
Cod. 2_12 Data inizio corso	Data:		
Cod. 2_13 Totale ore concorsuali realizzate al momento della verifica	Numero ore:		
Cod. 2_14 Totale ore giornaliera	Numero ore:		
Cod. 2_15 Numero allievi presenti nella giornata odierna	N:		
Cod. 2_16 Allievi transitati da altri organismi di formazione - Acquisire elenco	SI, Num.		NO
Cod. 2_17 Allievi transitati dallo stesso organismo - Acquisire elenco	SI, Num.		NO
Cod. 2_18 Adozione di procedure utilizzate in caso di sostituzione di allievi	SI	NO	NA
Registro didattico e di presenza dei docenti e degli allievi			
Cod. 2_19 I registri di classe sono presenti in originale e sono debitamente compilati alla data del sopralluogo	SI	NO	NA
Cod. 2_20 Il registro/i sono regolarmente vidimati dalla RAS	SI	NO	NA
Cod. 2_21 Descrizione attività giornaliera/argomenti trattati/esercitazioni eseguite	SI	NO	NA
Cod. 2_22 Regolarità firme sul registro - corretta registrazione degli allievi in entrata/in uscita/corretta registrazione firma docente/firma tutor/direttore	SI	NO	NA
Cod. 2_23 Attività svolta al momento del sopralluogo e nominativo docente presente in aula	Attività/disciplina: N/C:		
Cod. 2_24 Nominativo del tutor presente in aula (se previsto)	N/C:		
Cod. 2_25 Adozione da parte del soggetto attuatore di modalità di rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari, anche attraverso la somministrazione di questionari	SI	NO	NA
Risorse professionali			
Cod. 2_26 Il docente e il tutor sono quelli ricompresi nell'elenco trasmesso all'Assessorato con nota _____. Confrontare con la nota di trasmissione alla RAS	SI	NO	NA
Cod. 2_27 Sostituzione docente/tutor senza preventiva comunicazione di variazione alla RAS	SI	NO	NA

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

Cod. 2_28 Sostituzione dei docenti preventivamente comunicati dalla RAS, rientranti in fasce di esperienza inferiori a quella indicata in sede di domanda	SI	NO	NA
Adempimenti sicurezza e salute lavoro			
Cod. 2_29 Risulta evidenza del rispetto di tutte le norme e le prescrizioni tecniche di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro	SI	NO	NA
Attrezzature e Materiale didattico in dotazione			
Cod. 2_30 Attrezzature utilizzate e loro corrispondenza con quelle previste per la realizzazione del progetto	SI	NO	NA
Cod. 2_31 Sussidi/materiali didattici disponibili agli allievi per seguire con profitto l'attività	SI	NO	NA
Pubblicizzazione dell'operazione			
Cod. 2_32 Sono stati rispettati i criteri di pubblicizzazione delle azioni (loghi sui registri e sugli strumenti di supporto)	SI	NO	NA
Tenuta fascicolo			
Cod. 2_33 È prevista un'archiviazione appropriata del fascicolo di progetto	SI	NO	NA
Questionario di gradimento			
Cod. 2_34 Questionario sul grado di soddisfazione dell'utenza Erogazione questionario_MOD.3	SI	NO	NA

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.

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

NOTE A CURA DEGLI ISPETTORI

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

CONSIDERAZIONI DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE

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

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

.....

.....

.....

Eventuali allegati: _____

ESITO DELLA VISITA

☐ positiva
 ☐ negativa
 ☐ sospesa

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 _____

=====

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
ISPETTORE Nome e cognome:	
ISPETTORE Nome e cognome:	

Data _____

Numero di pagine totali compresa la presente sezione
