

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 2 - CONTROLLO IN LOCO IN ITINERE ASSE\_\_\_\_\_

SCHEDA 2A ☐ SCHEDA 2B ☐

#### 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 data .....ore.....

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

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

Alla presenza del Legale Rappresentante del Beneficiario.....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): .....

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
Cod. 2_6 Indicare estremi di accreditamento			

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

<b>Cod. 2_7</b> Documentazione attestante le coperture assicurative obbligatorie previste (se pertinente)	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_8</b> Le attività sono regolarmente svolte secondo il calendario inviato alla RAS (Confrontare con calendario RAS ufficiale)	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_9</b> Le attività in svolgimento, al momento del controllo, sono coerenti con quanto contenuto dall'Unità di Competenza di riferimento/Progetto Formativo	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_10</b> I nominativi degli allievi corrispondono all'elenco comunicato alla RAS (Confrontare l'elenco trasmesso alla RAS)	SI	NO	NA
<b>Aspetti organizzativi attività corsuali</b>			
<b>Cod. 2_11</b> Calendario delle attività corsuali	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_12</b> Data inizio corso	Data:		
<b>Cod. 2_13</b> Totale ore concorsuali realizzate al momento della verifica	Numero ore:		
<b>Cod. 2_14</b> Totale ore giornalieri	Numero ore:		
<b>Cod. 2_15</b> Numero allievi presenti nella giornata odierna	N:		
<b>Cod. 2_16</b> Allievi transitati da altri organismi di formazione - <b>Acquisire elenco</b>	SI, Num.		NO
<b>Cod. 2_17</b> Allievi transitati dallo stesso organismo - <b>Acquisire elenco</b>	SI, Num.		NO
<b>Cod. 2_18</b> Adozione di procedure utilizzate in caso di sostituzione di allievi	SI	NO	NA
<b>Registro didattico e di presenza dei docenti e degli allievi</b>			
<b>Cod. 2_19</b> I registri di classe sono presenti in originale e sono debitamente compilati alla data del sopralluogo	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_20</b> Il registro/i sono regolarmente vidimati dalla RAS	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_21</b> Descrizione attività giornalieri/argomenti trattati/esercitazioni eseguite	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_22</b> Regolarità firme sul registro - corretta registrazione degli allievi in entrata/in uscita/corretta registrazione firma docente/firma tutor/direttore	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_23</b> Attività svolta al momento del sopralluogo e nominativo docente presente in aula	Attività/disciplina: N/C:		
<b>Cod. 2_24</b> Nominativo del tutor presente in aula (se previsto)	N/C:		
<b>Cod. 2_25</b> 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
<b>Risorse professionali</b>			
<b>Cod. 2_26</b> 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
<b>Cod. 2_27</b> Sostituzione docente/tutor senza preventiva comunicazione di variazione alla RAS	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_28</b> Sostituzione dei docenti preventivamente comunicati dalla RAS, rientranti in fasce di esperienza inferiori a quella indicata in sede di domanda	SI	NO	NA

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

Adempimenti sicurezza e salute lavoro			
<b>Cod. 2_29</b> 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			
<b>Cod. 2_30</b> Attrezzature utilizzate e loro corrispondenza con quelle previste per la realizzazione del progetto	SI	NO	NA
<b>Cod. 2_31</b> Sussidi/materiali didattici disponibili agli allievi per seguire con profitto l'attività	SI	NO	NA
Pubblicizzazione dell'operazione			
<b>Cod. 2_32</b> Sono stati rispettati i criteri di pubblicizzazione delle azioni (loghi sui registri e sugli strumenti di supporto)	SI	NO	NA
Tenuta fascicolo			
<b>Cod. 2_33</b> È prevista un'archiviazione appropriata del fascicolo di progetto	SI	NO	NA
Questionario di gradimento			
<b>Cod. 2_34</b> 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.

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

**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
<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

\_\_\_\_\_