

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 - SCHEDA 5 - CONTROLLO IN LOCO IN ITINERE ASSE_____

Verbale/Check list di VERIFICA ISPETTIVA IN LOCO

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 Soggetto Ospitante

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

Alla presenza del legale rappresentante del Soggetto Ospitante e/o di un suo delegato nella persona di

.....

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

Cognome e nome tirocinante.....

Codice fiscale tirocinante.....

Codice Locale di Progetto (CLP):

Codice Unico di Progetto (CUP):

Codice Progetto Definitivo.....

Documentazione sottoposta a controllo	SI	NO	NA
Cod. 5_1 Progetto di tirocinio in originale			
Cod. 5_2 Nel progetto di tirocinio sono indicati i dati del tirocinante			
Cod. 5_3 Nel progetto di tirocinio sono indicati i dati del soggetto ospitante			
Cod. 5_4 Nel progetto di tirocinio sono indicati: regole, obiettivi e le modalità dello svolgimento del tirocinio			
Cod. 5_5 Risulta evidenza del rispetto di tutte le norme e le prescrizioni tecniche di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro			

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

Cod. 5_6 Coerenza delle attività con quanto previsto dal progetto di tirocinio			
Cod. 5_7 Il libretto di tirocinio risulta aggiornato con regolarità			
Cod. 5_8 Presenza del tirocinante negli orari prestabiliti			
Cod. 5_9 Il soggetto ospitante ha comunicato immediatamente le eventuali interruzioni di tirocinio prima della scadenza naturale del termine previsto dal progetto formativo, indicando le motivazioni dell'interruzione stessa			
Cod. 5_10 Presenza del tutor del soggetto ospitante indicato nel progetto di tirocinio			
Cod. 5_11 Sono stati rispettati i criteri di pubblicizzazione delle azioni (loghi sui registri e sugli strumenti di supporto)			
Cod. 5_12 È prevista un'archiviazione appropriata del fascicolo di progetto (es. documentazione relativa alle assenze giustificate)			
Cod. 5_13 Ove previste presenza e corrispondenza delle attrezzature come da progetto approvato			
Cod. 5_14 Presenza tirocinante durante l'ispezione (in caso negativo compilare la sezione seguente)			
Questionario di gradimento			
Cod. 5_15 Questionario sul grado di soddisfazione dell'utenza Erogazione questionario_MOD.3	SI	NO	NA

MOTIVI ASSENZA TIROCINANTE

Riportare le motivazioni assenza

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

CONSIDERAZIONI DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuali allegati: _____

ESITO DELLA VISITA

A) esito non rilasciabile per:

- ☐ assenza tirocinante
- ☐ soggetto ospitante inesistente nella sede indicata (identificabilità)
- ☐ soggetto ospitante esistente nella sede indicata ma non ha risposto (irreperibilità)
- ☐ altro indicare _____

B) controllo espletato con esito:

- ☐ 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
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 _____