**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 data …………………………………ore…………………………………

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** |
| **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 giornaliere | 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 giornaliere/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** |
| **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 □** | **NO □** |
| **Cod.** | |
| **Cod.** | |

**NOTE A CURA DEGLI ISPETTORI**

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**CONSIDERAZIONI DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE**

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

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

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

**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**

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