

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 1C - 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 dataore.....

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 colloqui

Documentazione (**) sottoposta a controllo	Controllo effettuato in loco	SI	NO	NA
Cod. 1c_1 Patto di Attivazione/Patto di servizio (documento firmato (*) dal giovane e dai servizi competenti o presa in carico da parte dell'Amministrazione ANPAL)	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			
Cod. 1c_2 Dichiarazione di spesa inclusi eventuali allegati	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

Documentazione (**) sottoposta a controllo	Controllo effettuato in loco	SI	NO	NA
Cod. 1c_3 Attività front office (*) (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			
Cod. 1c_4 Attività in back office, ove previste (documento che certifica le attività e le effettive ore di prestazione, firmato dal responsabile dell'operatore che ha prestato il servizio)	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.

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

NOTE A CURA DEGLI ISPETTORI

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

CONSIDERAZIONI DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE

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

Eventuali allegati: _____

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

ESITO DELLA VISITA

☐ positivo ☐ negativo ☐ sospeso

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
