

REGIONE CAMPANIA

PO FSE 2014/2020

Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal FSE

CHECK LIST PER OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO (FORMAZIONE POST UNIVERSITARIA)- VERIFICA IN LOCO

Data	
Verifica NR	
Titolo progetto	0
Beneficiario/Soggetto attuatore	0
Luogo della verifica	

SEZIONE I - INFORMAZIONI PRELIMINARI SULLA VERIFICA

LA VERIFICA ISPETTIVA E' STATA EFFETTUATA	SI		NO	
<i>In caso di mancata verifica, evidenziare le motivazioni</i>				
DATA/E DELLA VERIFICA EFFETTUATA				
TIPO DI VERIFICA	In itinere		Ex post (per progetti conclusi)	
Funzionario incaricato				
Nota d'incarico	Prot. n.		del	
Funzionario incaricato				
Nota d'incarico	Prot. n.		del	
Direttore/coordinatore del progetto				
Responsabile dell'attività				
Comunicazione di inizio attività (Avvio progetto) del	Prot. n.		del	
Presente alla visita il Sig				
Nato il		a		
In qualità di				
Estremi documento di riconoscimento				
Estremi del documento di delega del legale rappresentante (se necessario)				

LEGENDA AD USO DEI CONTROLLORI:

- Tutte le parti della check list vanno compilate sia in caso di verifica in itinere che ex post, ad esclusione del punto 6 (da compilarsi solo per la verifica in itinere) e del punto 7 (da compilarsi solo per la verifica ex post)
- I documenti relativi ai costi sostenuti per la realizzazione del progetto sono verificati mediante l'allegato 1 alla presente check list "Verifica documentazione relativa ai costi del progetto".
- La verifica va effettuato controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
Asse	
Obiettivo Specifico	
Azione	
Procedura di selezione	
<i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Atto di concessione	
<i>Inserire la data e gli estremi dell'atto di concessione sottoscritto</i>	
Responsabile di Obiettivo Specifico	
Responsabile di Attuazione	
Direzione Generale	
Responsabile per il controllo di I Livello	
Titolo progetto	
Codice Progetto	
CUP	
Responsabile Unico del Procedimento	
<i>Se non nominato espressamente, inserire il Responsabile di Obiettivo operativo</i>	
Beneficiario/ Soggetto attuatore	0
Responsabile scientifico del progetto	
Destinatari dell'intervento	
Codice accreditamento ai sensi della DGR 242/13 ss.mm.ii.	

DATI FINANZIARI DEL PROGETTO						
Importo ammesso a finanziamento		Quota FSE				
Importo liquidato		Quota FSE				
Importo rendicontato dal		Quota FSE				
Importo Certificato (come da Campionatura) dal Beneficiario / soggetto attuatore al _____		Quota FSE				

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO						
1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO						
1.1 Verifica della presenza sull' Avviso/Bando dei loghi istituzionali indicati nel Manuale	SI		NO			
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
1.2 Informazione e pubblicità della selezione (es. sito web, quotidiani...)	SI		NO			
<i>Specificare nel dettaglio</i>						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
2 - VERIFICA MODALITA' DI SELEZIONE DEI DESTINATARI (SE DEL CASO)						
2.1 Nomina della commissione (conferimento incarico/ordine di servizio)	SI		NO/IN PARTE			
2.2 Composizione della commissione (assenza di situazioni di conflitto di interessi)	SI		NO/IN PARTE			
2.3 Registro partecipanti prova scritta	SI		NO		N/A	
2.4 Registro partecipanti prova orale	SI		NO		N/A	
2.5 Decreti di attribuzione borse / assegni e dottorati di ricerca	SI		NO/IN PARTE			
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>						
2.6 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati	SI		NO		N/A	
2.7 Elenco partecipanti ammessi	SI		NO		N/A	
2.8 Elenco eventuali sostituzioni	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)	SI		NO		N/A	
<i>ANNOTAZIONI (in caso di risposte NEGATIVE specificare nel dettaglio)</i>						
3-VERIFICA DEL PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'						
3.1 Schede periodiche mensili, debitamente compilate dai beneficiari, relative alle attività realizzate - obiettivi raggiunti e controfirmate dal Responsabile Scientifico del Progetto.	SI		NO		N/A	
3.2 Comunicazione dell'ammissione del beneficiario all'anno accademico successivo in caso le attività prevedano una durata superiore alla singola annualità accademica, corredata dell'esito positivo di una verifica di valutazione	SI		NO		N/A	
3.3 Relazione finale delle attività svolte dai beneficiari che contempli i risultati ottenuti dal percorso formativo e/o di ricerca controfirmata dal Responsabile Scientifico del Progetto	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI						
4- VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI FORMAZIONE POST UNIVERSITARIA						
4.1 Comunicazione di avvio progetto e durata dello stesso	SI		NO			
4.2 Comunicazione delle sedi amministrative in cui sono conservati tutti i documenti relativi al progetto finanziato	SI		NO			
4.3 Elenco beneficiari ammessi alle attività formative e di Ricerca con evidenza delle sedi di effettivo svolgimento	SI		NO			
4.4 Schede Finanziarie di dettaglio, per ogni singolo beneficiario, attestante il valore della borsa erogata	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI						
5 - VERIFICA DEGLI ULTERIORI ADEMPIMENTI PER ATTIVITÀ DI FORMAZIONE / RICERCA POST UNIVERSITARIA SVOLTA ALL'ESTERO						
5.1 Autorizzazione allo svolgimento da parte del borsista delle attività all'estero rilasciata dagli organi competenti, con indicazione: - Struttura ospitante, - Responsabile Scientifico del Progetto della struttura ospitante - Periodo di permanenza all'estero - obiettivi attesi e della coerenza degli stessi rispetto alla attività di Ricerca in essere.	SI		NO			
5.2 Documentazione attestante la presenza all'estero del borsista con l'indicazione del periodo di permanenza	SI		NO			
Altro (specificare)	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI						
6 - INFORMAZIONI SUL CORSO, DIDATTICA E PRESENZA						
6.1 - INFORMAZIONI SULLE ATTIVITÀ. IN CORSO COME DA PROGETTO FINANZIATO						
Attuatore / Beneficiario	Tipologia Attività Dottorati / Assegni		Sede di svolgimento			
<i>Verifica in itinere del</i>						
QUESTIONARIO DI GRADIMENTO	SI		NO			
SEDE AMMINISTRATIVA E CONTABILE						
Sede Centrale	Indirizzo ufficio		accessi ispettivi			

Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
PARTECIPANTI DIMESSI	SI	(Inserire n. partecipanti dimessi)	NO	N/A		
PARTECIPANTI SOSTITUITI	SI	(Inserire n. partecipanti sostituiti)	NO	N/A		
7- VERIFICA DOCUMENTAZIONE DOTTORANDI ASSEGNISTI						
7.1 Domanda di ammissione	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI						
7.2 Autocertificazione	SI		NO		N/A	
- Dati anagrafici	SI		NO		N/A	
- Stato di occupazione	SI		NO		N/A	
- Codice fiscale	SI		NO		N/A	
- Titolo di studio	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI (in caso di risposte NEGATIVE specificare nel dettaglio)						
DOCUMENTAZIONE PER ALTRE TIPOLOGIE DI ATTIVITA' FORMATIVA PREVISTA DAL MANUALE DELLE PROCEDURE DI GESTIONE						
(inserire eventuale altra documentazione)	SI		NO		N/A	
(inserire eventuale altra documentazione)	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI (in caso di risposte NEGATIVE specificare nel dettaglio)						
8 - VERIFICA CONGRUITA' MATERIALE ED ATTREZZATURE						
8.1 Corrispondenza delle attrezzature a disposizione dei destinatari con quanto dichiarato nel progetto approvato	SI		NO		N/A	
8.2 Corrispondenza dei materiali didattici con quanto eventualmente previsto nel progetto approvato	SI		NO		N/A	
8.3 Presenza delle ricevute di consegna dei materiali didattici ai destinatari	SI		NO		N/A	
8.4 Scheda di utilizzo / disponibilità delle attrezzature sottoscritta da tutti i destinatari presenti.	SI		NO		N/A	
8.5 Conservazione dei materiali prodotti dagli allievi durante le esercitazioni pratiche	SI		NO		N/A	
8.2 Il personale ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI (in caso di risposte NEGATIVE specificare nel dettaglio)						
9 - VERIFICA BORSE DOTTORATI ED ASSEGNISTI DI RICERCA						
PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ USUFRUISCONO DI:						
BORSA DOTTORATO						
ASSEGNO DI RICERCA	Importo in € =	SI	NO		N/A	
Servizio mensa (solo per attività di on the job / tirocinio/ stage)	Importo in € =	SI	NO		N/A	
Rimborso spese di viaggio	Importo in € =	SI	NO		N/A	
Indennità di lavoro	Importo in € =	SI	NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI (in caso di risposte NEGATIVE specificare nel dettaglio)						
10 - VERIFICA REQUISITI PERSONALE DOCENTE IMPIEGATO NEL PROGETTO						
10.1 Il personale impegnato in progetto e' costituito dal Tutor per le attività di dottorato e dal Coordinatore per gli assegnisti	SI		NO		N/A	
Personale esterno	N. partecipanti					
Personale interno	N. partecipanti					
10.2 I Tutor ed i Coordinatori hanno i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A	
10.3 Il personale non docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto? (Dipendenti Università)	SI		NO		N/A	
ANNOTAZIONI						
9.7 RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO						
Totale acconti						
Totale spese sostenute						
Saldo						
ANNOTAZIONI						
SEZIONE IV - VERIFICA CONTABILE						
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE						
11.1 E' stato acceso il c.c. bancario dedicato alle operazioni cofinanziate dal POR FSE Campania 2007-2013, nelle modalità previste dal Manuale e dall'avviso?	SI		NO		N/A	
Istituto di credito						
Numero del c/c della Tesoreria Unica della Università						
Saldo da estratto conto						
ANNOTAZIONI						
11.2 RIEPILOGO PIANO FINANZIARIO						
PIANO FINANZIARIO APPROVATO/RIFORMULATO						
MACROVOCI DI SPESA	Preventivo	Preventivo rimodulato	Importo certificato al			
(B1) PREPARAZIONE	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €			

(B2) REALIZZAZIONE	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €
(B3) DIFFUSIONE RISULTATI	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €
(B4) DIREZIONE E CONTROLLO INTERNO	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €
(C) COSTI INDIRETTI	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €
TOTALI	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE IMPORTO) €

11.3 RIMODULAZIONI DEL PIANO FINANZIARIO APPROVATO

Indicare i documenti presenti nel fascicolo di progetto al momento della verifica, a supporto del punto in questione

Richiesta di modifica al Responsabile di Attuazione	SI		NO		N/A	
---	----	--	----	--	-----	--

ANNOTAZIONI (in caso di risposte NEGATIVE specificare nel dettaglio)

11.4 DETTAGLIO DOCUMENTI DI ACCREDITO VERIFICATI

1° ANTICIPAZIONE	MANDATO N.		DATA		IMPORTO €	
2° ANTICIPAZIONE	MANDATO N.		DATA		IMPORTO €	
SALDO	MANDATO N.		DATA		IMPORTO €	

11.5 RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO

TOTALE ACCONTI	IMPORTO €	
TOTALE SPESE CERTIFICATE	IMPORTO €	
SALDO	IMPORTO €	

11.8 POLIZZA FIDEIUSSORIA

Presenza di polizza fideiussoria bancaria o assicurativa	SI		NO		N/A	
--	----	--	----	--	-----	--

ANNOTAZIONI

SEZIONE V – ESITI DEL CONTROLLO

POSITIVO (assenza di rilievi)	
POSITIVO CON RACCOMANDAZIONI	
Evidenziare le raccomandazioni e le richieste di integrazione formulate al Beneficiario/soggetto attuatore e i tempi indicati per la consegna delle documentazione/chiarimenti richiesti	
PARZIALMENTE POSITIVO	
Richiesta di chiarimenti e/o integrazione documentazione	
NEGATIVO (presenza di non conformità sostanziali)	
Evidenziare le motivazioni del giudizio negativo e la proposta di taglio e/o la sanzione, in conformità al Manuale delle procedure di gestione e dell'avviso, che sarà avanzata al RdO. Indicare i termini la consegna delle eventuali controdeduzioni	

LEGENDA:

SI	CONTROLLO SVOLTO CON ESITO POSITIVO
NO/IN PARTE	CONTROLLO SVOLTO CON ESITO NEGATIVO/ CONTROLLO SVOLTO CON ESITO PARZIALMENTE NEGATIVO/ CONTROLLO NON SVOLTO IN QUANTO SI TRATTA DI UNA PROCEDURA
N/A	NON APPLICABILE AL CASO DI SPECIE

DATA	
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO	
FIRMA	
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO	
FIRMA	

**REGIONE CAMPANIA****PO FSE 2014/2020****Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal FSE****VERBALE CONTROLLO E DI NOTIFICA****VERBALE DI CONTROLLO E DI NOTIFICA DEGLI ESITI DELLA VISITA ISPETTIVA**

N°	
DEL	

Il giorno	
in occasione della verifica N°	
effettuata presso il Beneficiario/Soggetto attuatore	
in ordine al progetto	
TITOLO	
Cod.	
CUP	
CODICE UFFICIO	
Alla presenza del Sig.	
nato a	
e residente in	
alla via	
prov	
nella qualità di	
identificato con documento di riconoscimento	
n°	
viene rilasciato il presente verbale, corredato della check-list recante gli esiti della visita ispettiva effettuata, che viene confermato dalle parti.	
Nei casi indicati nella check-list allegata, sulla base degli esiti evidenziati, il soggetto aggiudicatario è invitato, se del caso, a fornire le proprie contro-deduzioni	
agli uffici	
entro giorni nr	
dalla data della presente notifica, pena l'avvio del procedimento di revoca parziale o totale dei contributi e il recupero delle anticipazioni versate.	

Luogo	
Data	

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E/O CONFLITTO DI INTERESSE DA PARTE DEL SOGGETTO/I CONTROLLORE/I

Il/I sottoscritto/i dichiarano che non sussistono cause di incompatibilità e/o conflitto di interesse (ex artt. 2359 e 2399 del codice civile) riguardo sia al progetto verificato, che rispetto all'ente gestore. In particolare dichiarano inoltre di non aver preso parte alla redazione, presentazione e gestione del progetto verificato, nonché ad attività di controllo di secondo livello e/o di valutazione e certificazione

I FUNZIONARI DELL' UNITA' PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO IN LOCO SULLE OPERAZIONI COFINANZIATE DAL FSE	
FIRMA	
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE O SUO DELEGATO	
FIRMA	