







REGIONE CAMPANIA

PR Campania FSE+ 2021/2027

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

CHECK LIST PER OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO - VERIFICA IN LOCO

Verifica NR						
Titolo progetto						
Beneficiario/Soggetto promotore						
Soggetto Ospitante						
Luogo della verifica						
SEZIONE I - INFORMAZIONI PRELIMINARI SULLA VERIFICA						
LA VERIFICA ISPETTIVA E' STATA EFFETTUATA	SI		NO			
In caso di mancata verifica, evidenziare le motivazioni		•				
DATE DELL'ISPEZIONE EFFETTUATA (Indicare i giorni)						
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			
Responsabile dell'attività						
Comunicazione di inizio attività	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 i post) - I documenti relativi ai costi sostenuti per la realizzazione del progetto				solo per la verifica in itinere) e del punto 7 (da compilarsi solo per la verifica ex "Verifica documentazione relativa ai costi del progetto".		

Data Notifica

- La verifica va effettuato controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO						
Programma Regionale						
Priorità						
Obiettivo Specifico						
Azione						
Atto di ammissione a finanziamento Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo						
Atto di Approvazione						
Responsabile di Obiettivo Specifico						
Direzione Generale						
Responsabile per il controllo di I Livello						
Titolo progetto						
Codice Progetto						
CUP						
Responsabile Unico del Procedimento Se non nominato espressamente, inserire il Responsabile di Obiettivo operativo						
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore						
Responsabile del progetto						
Destinatari dell'intervento						
Codice accreditamento ai sensi della DGR 136/2022						



5.1 Avvio della misura di orientamento specialistico







DATI FINANZIARI DEL PROGETTO									
Importo ammesso a finanziamento				Quota FSE					
Importo liquidato				Quota FSE					
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto promotore				Quota FSE					
Importo Certficato (Campionatura al beneficiario/soggetto promotore)			Quota FSE					
		SEZIO	NE III - INFORM	AZIONI DI DETTAGLIO					
1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZA	ZIONE DELL'INTERVENTO								
1.1 Verifica della presenza sull' Avviso/Bar indicati nel Manuale	ndo dei loghi istituzionali	SI		NO					
In caso di risposta negativa, specificare ne	el dettaglio			-					
1.2 Informazione e pubblicità della selezio web,quotididani)	ne (es. sito	SI		NO					
Specificare nel dettaglio									
Altro (specificare) ANNOTAZIONI									
2 - VERIFICA MODALITA' DI SELEZIONE DI	EI DESTINATARI		ı						
2.1 Verificare l'esistenza e validazione del personalizzato)	PIP (Piano di intervento	SI		NO/IN PARTE					
In caso di risposta no/in parte specificare	nel dettaglio								
2.2 Verificare la presenza del Dichiarazion riferimento (DRU)	e sottoscritta dal CPI di	SI		NO/IN PARTE					
In caso di risposta no/in parte specificare		1		_	1	I			
2.3 Verificare autocertificazione dello stat in carico del NEET e alla data di avvio della 6 mesi)		SI		NO		N/A			
2.4 Documento sottoscritto dall'orientatore e dal destinatario della misura che certifica le attività e le effettive ore del servizio		SI		NO		N/A			
2.5 Certificazione requisiti soggettivi dichi		SI		NO/IN PARTE					
In caso di risposta no/in parte specificare 2.6 Elenco partecipanti ammessi		SI		NO	I	N/A			
2.7 Elenco sostituzioni eventuali		SI		NO		N/A			
Altro (specificare)		•		•	•				
ANNOTAZIONI	ENTAMENTO EDECIALISTICO								
3 – VERIFICA DEI DESTINATARI PER L'ORI	ENTAMENTO SPECIALISTICO								
SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'									
3.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI	I	<u> </u>							
DESTINATARIO MISURA	DURATA IN ORE (N.)	DATA DI SVOLO	GIMENTO	DATA ORIENTAMENTO DA PIP		ORE DI ORIENTAMENTO SPECIALISTICO SVOLTE RICONOSCIBILI MAX 8 (UCS 35,50 EURO ORA)	NOTE		
				-					
SPESA TOTALE AMMISSIBILE	I					0,00 €			
4- VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RI									
4.1 Verificare la corrispondenza dei destin comunicati dal Beneficiario e caricati sul s									
4.2 Verificare in chiusura dell'intervento che il beneficiario abbia correttamente caricato tutte le informazioni inerenti gli indicatori di output e di risultato, che tutti gli indicatori concordati in fase di programmazione dell'intervento siano stati raggiunti e, in caso di mancato raggiungimento, fornire evidenza e giustificazione delle differenze riscontrate tra il contributo impegnato e quello effettivo. Altro (specificare)									
ANNOTAZIONI									
5 - VERIEICA DOCUMENTAZIONE DESTIN	ATADI								

NO

N/A









In caso di risposta negativa, specificare ne	el dettaglio							
5.2 Autocertificazioni status NEET		SI		NO		N/A		
Dati anagrafici		SI		NO		N/A		
stato di disoccupazione		SI		NO		N/A		
codice fiscale		SI		NO		N/A		
titolo di studio		SI		NO		N/A		
In caso di risposta negativa, specificare ne	el dettaglio	!						
Altro (specificare)	-							
ANNOTAZIONI								
		CF	710NE N. VER	IFICA CONTADUE				
		SE	ZIONE IV – VEN	IFICA CONTABILE				
6 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROI	MOTORE							
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE								
6.1 Verificare dell'avvenuto pagamento de	ella premialità dovuta al	SI		NO				
soggetto promotore								
Istituto di credito								
Numero del c/c								
Saldo da estratto conto								
	ol dottaalia		1					
In caso di risposta negativa, specificare ne	a uettuyiio							
ANNOTAZIONI	icati		l					
6.2 Dettaglio documenti di accredito verifi								
Ordinativo di pagamento a titolo di premia	diild 	14-4-		5	ı			
n.		data		€				
Altro (specificare)			-					
ANNOTAZIONI			<u> </u>					
RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA	DEL PROGETTO							
Totale liquidato								
Totale spese sostenute								
Saldo								
ANNOTAZIONI								
		SE	ZIONE V – ESIT	DEL CONTROLLO				
			ı					
POSITIVO (assenza di rilievi)								
POSITIVO CON RACCOMANDAZIONI								
5.44		-1						
Evidenziare le raccomandazioni e le richie		aı						
Beneficiario/soggetto attuatore e i tempi i	indicati per la consegna delle							
documentazione/chiarimenti richiesti								
PARZIALMENTE POSITIVO								
Richiesta di chiarimenti e/o integrazione d	locumentazione							
NEGATIVO (presenza di non conformità so	ostanziali)							
Evidenziare le motivazioni del giudizio neg	zativo e la proposta di taglio e	/o la sanzione. in						
	al Manuale delle procedure di gestione e dell'avviso, che sarà avanzata al ROS.							
Indicare i termini la consegna delle eventuali controdeduzioni								
indicare i termini di consegna dene eventadii condi odedazioni								
			1					
LEGENDA:								
SI	CONTROLLO SVOLTO CON ES	SITO POSITIVO						
	CONTROLLO SVOLTO CON ES	SITO NEGATIVO/ CON	TROLLO SVOLTO	CON ESITO PARZIALM	IENTE NEGATIVO/ CO	ONTROLLO NON SVOLTO IN QUAN	ITO SI TRATTA DI UNA	
NO/IN PARTE	PROCEDURA							
N/A	NON APPLICABILE AL CASO [NI SPECIE						
N/A	INON AFFLICABILE AL CASO L	A SPECIE						
DATA	I		1					
			1					
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO			1					
FIRMA			-					
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO			1					