

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

Data Notifica	
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	
<i>In caso di mancata verifica, evidenziare le motivazioni</i>				
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 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 Regionale	
Priorità	
Obiettivo Specifico	
Azione	
Atto di ammissione a finanziamento	
<i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
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	
<i>Se non nominato espressamente, inserire il Responsabile di Obiettivo operativo</i>	
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore	
Responsabile del progetto	
Destinatari dell'intervento	
Codice accreditamento ai sensi della DGR 136/2022	

5.1 Avvio della misura di accompagnamento	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
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	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE						
6 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE						
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE						
6.1 Verifica dell'avvenuto pagamento della premialità dovuta al soggetto promotore	SI		NO			
Istituto di credito						
Numero del c/c						
Saldo da estratto conto						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
ANNOTAZIONI						
6.2 Dettaglio documenti di accredito verificati						
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità						
n.		data		€		
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO						
Totale liquidato						
Totale spese sostenute						
Saldo						
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 ROS. 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	