



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per le Risorse Finanziarie
Organismo di Certificazione
Accordo per la Coesione

Verbale di Verifica OdC del XX/XX/20XX

PSC 2021 - 2027

Articolazione:

Dichiarazione di Spesa RUAA: numero protocollo e data

Dichiarazione di spesa RA: numero protocollo e data

Responsabile Unico per l'Attuazione (RUAA):

Responsabile (RA):

Codice SURF:

Titolo Progetto:

Classe di operazione:

Modalità attuativa:

Beneficiario/S.A.:

Costo totale da ammissione a finanziamento:

Importo incrementale dichiarato dal RA nella battuta di certificazione:

% sottoposta a controllo su Totale certificazione:

Team ODC: Funzionari responsabili

Risultanze della verifica:

Nel corso della verifica si è preso visione della documentazione di seguito riportata:

SEZ. 1 - Anagrafica			
Data		Responsabile Unità Controlli OdC	
1.1 - IDENTIFICAZIONE DEL PROGETTO			
Codice Progetto:		Articolazione	
Beneficiario/S.A.			
Titolo/breve descrizione			
Codice Cup		Progetto transitato da altra fonte di finanziamento	
Tipologia:	Opere Pubbliche	Acquisizione di Beni e servizi	
Modalità attuativa:	Regia	Titolarità	Aiuti
1.2- DATI FINANZIARI			
Importo totale da ammissione a finanziamento		Importo incrementale da dich. di spesa	
Importo certificato cumulato complessivo		Importo incrementale verbale controlli di I Livello	
1.3 - IDENTIFICAZIONE RESPONSABILI			
Beneficiario	Resp. Procedimento:		
Regione	Responsabile (RA):		

SEZ. 2 - Controlli

Verifica: Esito controlli effettuati da altri Organismi

Obiettivo: Verificare che i controlli effettuati da altri Organismi abbiano avuto esito positivo

2.1 - CONTROLLI DI PRIMO LIVELLO(*)			
Data contr. di I Liv.		Esito	
		Esito Controllo in loco	
		Data	
Estremi protocollo verbale definitivo			
Eventuali criticità accertate(**)			
2.2 - ESISTENZA ALTRI CONTROLLI			
Data controllo		Esito	
Estremi protocollo verbale definitivo			
Eventuali criticità accertate (**)			

SEZ. 3 - Verifica procedurale Contabile

Verifica: Iter Procedurale di Archiviazione

Obiettivo: Verificare l'iter procedurale di archiviazione, accertando che il Fascicolo di Progetto contenga, ove ricorrono, i seguenti atti:

	Punto di controllo (*)	Atto	N	Data	Importo	Presenza atto			Note
						SI	NO	N/A	
Regione Campania	Programmazione								
	Ammissione a finanziamento								
	Convenzione								
	Impegno								
	Liquidazione								
	Totale Liquidato								
Beneficiario	Sistema di contabilità separata (**)								
	Attestazione delle spese effettivamente sostenute e quietanzate nel periodo di riferimento								
(*) Nel caso ci siano ulteriori informazioni sui dati contabili - inserire righe (**) conto corrente dedicato									

SEZ. 4 Monitoraggio della spesa

Verifica Ammissibilità delle spese

Fattura- Documento di Spesa											
Intestatario		Data		Numero							
Codice Fiscale/Partita Iva		Causale									
Imponibile		Iva		Totale Lordo	0,00						
Esposto		Ammissibile									
Atto di impegno Beneficiario											
Atto		Numero		Data							
Importo											
Atto di liquidazione del Beneficiario											
Atto		Numero		Data							
Importo											
Ordinativo di Pagamento											
Intestatario		Data emissione		Data quietanza							
Numero		Cup		Cig							
Esposto		Ammissibile									
Sal											
Numero		Data		N/A							
Certificato di pagamento											
Numero		Data		N/A							

SEZ. 4 Monitoraggio della spesa

Verifica Ammissibilità delle spese

Fattura- Documento di Spesa										
Intestatario		Data		Numero		Copia Conforme*		Si	No	N/A
						Periodo di Ammissibilità spesa				
Codice Fiscale/Partita Iva		Causale				CUP				
Imponibile		Iva		Totale Lordo	0,00	CIG				
Esposto		Ammissibile								

Atto di impegno Beneficiario										
Atto		Numero		Data		Copia Conforme*		Si	No	N/A
Importo										

Atto di liquidazione del Beneficiario										
Atto		Numero		Data		Copia Conforme*		Si	No	N/A
Importo										

Ordinativo di Pagamento										
Intestatario		Data emissione		Data quietanza		Copia Conforme*		Si	No	N/A
Numero		Cup		Cig		Periodo di ammissibilità				
Esposto		Ammissibile								

Sal										
Numero		Data		N/A		Copia Conforme*				

Certificato di pagamento										
Numero		Data		N/A		Copia Conforme*				

* Ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. 445/2000

Esito:

Si registra complessivamente la regolarità del progetto visionato.

Il Funzionario responsabile