



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 (ATTIVITA' NO FORMAZIONE)- VERIFICA IN LOCO

Data Notifica			
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>			
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
Direttore/coordinatore del progetto			
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)			
<p>LEGENDA AD USO DEI CONTROLLORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 del progetto			
Destinatari dell'intervento			
Codice accreditamento ai sensi della DGR 242/2013 e ss.mm.ii.			

DATI FINANZIARI DEL PROGETTO					
Importo ammesso a finanziamento			Quota FSE		
Importo liquidato			Quota FSE		
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto attuatore			Quota FSE		
Importo Certificato (Campionatura al)					
beneficiario/soggetto attuatore					
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		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.2 Composizione della commissione (assenza di situazioni di conflitto di interessi)	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.3 Schede di valutazione	SI		NO	N/A	
2.4 Verbali di selezione	SI		NO	N/A	
2.5 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.6 Elenco partecipanti ammessi	SI		NO	N/A	
2.7 Elenco sostituzioni eventuali	SI		NO	N/A	
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
3-VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI ALL AVVIO DEL PROGETTO					
3.1 Comunicazione di inizio attività nei tempi e nelle modalità previste dal	SI		NO		
3.2 Progettazione esecutiva	SI		NO		
3.3 Cronoprogramma delle attività	SI		NO	N/A	
3.5 Scheda riassuntiva del personale coinvolto	SI		NO/IN PARTE	N/A	
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
4- VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI (SE DEL CASO)					
4.1 Registro/schede partecipanti	SI		NO	N/A	
4.2 Scheda rimborso spese di viaggio	SI		NO	N/A	
4.3 Ricevuta materiale utilizzato	SI		NO	N/A	
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
5 - INFORMAZIONI SUL PROGETTO					
AZIONE	DURATA	SVOLGIMENTO DAL - AL	CARATTERISTICHE DEI DESTINATARI (SE DEL CASO)		
			NUMERO	PREVISTI DA PROGETTO	EFFETTIVI

5.1 Rispetto degli adempimenti previsti dall'atto di concessione	SI		NO		N/A	
5.2 Coerenza con la progettazione esecutiva	SI		NO		N/A	
5.3 Rispetto del cronoprogramma delle attività	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
6 – VERIFICA CONGRUITA' MATERIALE ED ATTREZZATURE						
6.1 Corrispondenza delle attrezzature a disposizione dei destinatari con quanto dichiarato nel progetto approvato	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
6.2 Corrispondenza dei materiali utilizzati con quanto previsto nel progetto approvato	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
6.3 Verifica della presenza dei registri di carico/scarico dei materiali didattici	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
6.4 Presenza delle ricevute di consegna dei materiali distribuiti ai partecioanti	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
7– VERIFICA INDENNITA' PARTECIPANTI						
7.1 Indennità/voucher	(inserire importo)	SI		NO		N/A
7.2 Indennità giornaliera per ogni giorno di effettiva presenza	(inserire importo)	SI		NO		N/A
7.3 Registro/schede presenza	(inserire importo)	SI		NO		N/A
7.4 Rimborso spese di viaggio	(inserire importo)	SI		NO		N/A
7.5 Indumenti da lavoro	(inserire importo)	SI		NO		N/A
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
8 – VERIFICA REQUISITI PERSONALE IMPIEGATO NEL PROGETTO						
8.1 Il personale indicato nel progetto e' composto da:						
Personale esterno	N°					
di cui:	di fascia A n°		di fascia B n°		di fascia C n°	
Personale interno	N°					
di cui:	di fascia A n°		di fascia B n°		di fascia C n°	
ANNOTAZIONI						
8.2 Il personale ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
ANNOTAZIONI						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
ANNOTAZIONI						
SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE						
9 - VERIFICA CONTABILE						
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE						
9.1 E' stato acceso il conto corrente bancario dedicato alle operazioni cofinanziate dal POR FSE Campania 2014-2020, nelle modalità previste dal Manuale e dall'avviso?	SI		NO			
Istituto di credito						
Numero del c/c						
Saldo da estratto conto						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
ANNOTAZIONI						
9.2 REGISTRI CONTABILI E FISCALI						
Verifica della presenza dei seguenti registri contabili con la eventuale relativa vidimazione:						
Registro di prima nota	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Registro protocollo	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Registro carico e scarico o schede (per gli enti)	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Registri delle fatture	SI		NO			
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Registro dei beni prodotti	SI		NO		N/A	

<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Registro inventario	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
9.3 RIEPILOGO PIANO FINANZIARIO (si rimanda all' allegato 2_ Quadro economico)					
9.4 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
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
9.5 DETTAGLIO DOCUMENTI DI ACCREDITO VERIFICATI					
Ordinativo di pagamento a titolo di primo acconto					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento a titolo di secondo acconto					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento a titolo di saldo <i>(solo per verifica ex post)</i>					
n.		data		€	
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
9.6 RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO					
Totale acconti					
Totale spese sostenute					
Saldo					
ANNOTAZIONI					
9.7 POLIZZA FIDEIUSSORIA					
Presenza di polizza fideiussoria bancaria o assicurativa o rilasciata da intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 107 del D.Lgs. n. 385/1993, e successive eventuali integrazioni, a copertura della complessiva erogazione finanziaria.	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
9.8 VERIFICA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI COSTI SOSTENUTI PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - COMPILAZIONE ALLEGATO 1a					
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 OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO

VERBALE DI CONTROLLO E DI NOTIFICA DEGLI ESITI DELLA VISITA ISPETTIVA

N°	
DEL	<i>(inserire data notifica)</i>

Il/i giorno/i	
in occasione della verifica N°	
effettuata presso il Beneficiario/Soggetto attuatore	
Sede	

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	<i>(indicare gli uffici di riferimento o modalità di invio)</i>
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.

<i>Luogo</i>	
<i>Data</i>	

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	
FIRMA	
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE O SUO DELEGATO	
FIRMA	