

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 CONTRATTUALE - VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	0
Soggetto affidatario	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 DELL'ISPEZIONE EFFETTUATA (indicare 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				
Comunicazione di avvio/affidamento del servizio	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 dei punti 2.6 (da compilarsi solo per la verifica in itinere) e 2.7 (da compilarsi solo per la verifica ex post)
- 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 affidamento	
<i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Contratto di affidamento	
<i>Inserire la data e gli estremi dell'atto del contratto sottoscritto</i>	
Responsabile di Obiettivo Specifico	
Responsabile di Attuazione	
Direzione Generale	
Responsabile per il controllo di I Livello	
Titolo progetto	
Codice Progetto	
CIG	
CUP	
Responsabile Unico del Procedimento	
<i>Se non nominato espressamente, inserire il Responsabile di Obiettivo operativo</i>	
Soggetto affidatario	0
Responsabile del progetto	

DATI FINANZIARI DEL PROGETTO					
Importo ammesso a finanziamento		Quota FSE			
Importo liquidato		Quota FSE			
Importo rendicontato dal soggetto affidatario		Quota FSE			
IMPORTO Certificato (Campionatura del)		Quota FSE			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO					
1- VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI					
1.1 Verifica della presenza del contratto di polizza fideiussoria, assicurativa o rilasciata da intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 107 del D.Lgs. n. 385/1993	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
1.2 Verifica della presenza del certificato camerale	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
1.3 Verifica di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 con la quale il concorrente attesta che nei propri confronti non sussiste la causa di esclusione di cui all'art. 80 comma 2 del D.lgs 50/2016	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
1.4 Nel caso di ATI/RTI verifica della costituzione del raggruppamento e dei poteri di rappresentanza	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
2 - VERIFICA FISICO - TECNICA					
2.1 Sono presenti i timesheet dei professionisti coinvolti e i report delle attività svolte?	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.2 E' presente il cronoprogramma/GANNT delle attività programmate e realizzate?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
2.3 Il cronoprogramma/GANNT delle attività è stato rispettato ovvero sono stati comunicati cambiamenti della tempistica delle attività?	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.4 E' presente la relazione sullo stato di avanzamento del progetto (riferito al singolo SAL) contenente: descrizione delle attività svolte, tempi dedicati alle singole attività, indicazione delle risorse umane utilizzate?	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.5 Sono presenti gli output prodotti e in conformità con la relazione sullo stato di avanzamento?	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.6 Le attività sono state realizzate conformemente all'operazione finanziata e agli obblighi contrattuali? (da compilarsi solo in caso di verifica ex post)	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.7 Gli obiettivi previsti dall'operazione sono stati conseguiti? (da compilarsi solo in caso di verifica ex post)	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
SEZIONE IV - VERIFICA CONTABILE					
3 - VERIFICA CONTABILE					
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE					
3.1 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		N/A
Istituto di credito					
Numero del c/c					
Saldo da estratto conto					
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
3.2 I titoli di spesa sono annullati sull'originale con il prescritto timbro?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
3.3 RIEPILOGO PIANO FINANZIARIO (si rimanda all' allegato 2_ Quadro economico)					
3.4 DETTAGLIO DOCUMENTI DI ACCREDITO VERIFICATI					
Ordinativo di pagamento a titolo di acconto					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento a titolo di primo SAL					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento a titolo di II SAL					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento					
n.		data		€	
Ordinativo di pagamento					



n.		data		€	
----	--	------	--	---	--

Ordinativo di pagamento				
n.		data	€	
Ordinativo di pagamento				
n.		data	€	
Ordinativo di pagamento				
n.		data	€	
Ordinativo di pagamento a titolo di saldo <i>(solo per verifica ex post)</i>				
n.		data	€	
Altro (specificare)				
ANNOTAZIONI				
3.5 RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO				
Totale acconto				
Totale SAL				
Saldo				
Totale spese sostenute				
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	CONTROLLO SVOLTO CON ESITO NEGATIVO
IN PARTE	CONTROLLO SVOLTO CON ESITO PARZIALMENTE NEGATIVO
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
CONTRATTUALE****VERBALE DI CONTROLLO E DI NOTIFICA DEGLI ESITI DELLA VISITA ISPETTIVA**

N°	
DEL	(inserire data notifica)

Il/i giorno/i	
in occasione della verifica N°	
effettuata presso il Soggetto aggiudicatario	
Sede	
in ordine al progetto	
TITOLO	
Cod. progetto	
CUP	
CIG	
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 controfirmato 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	(indicare gli uffici e/o modalità di invio)
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	
FIRMA	
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE O SUO DELEGATO	
FIRMA	