



**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' 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>				
DATA 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 formativa				
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 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	
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 242/13 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		Quota FSE			
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 DEGLI ALLIEVI					
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 Registro partecipanti prova scritta	SI		NO		N/A
2.4 Registro partecipanti prova orale	SI		NO		N/A
2.6 Verbali di selezione	SI		NO		N/A
2.7 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.8 Elenco partecipanti ammessi	SI		NO		N/A
2.9 Elenco sostituzioni eventuali	SI		NO		N/A
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
3 - VERIFICA DEL PROGRAMMA DEL CORSO					
3.1 Registri di classe	SI		NO		
3.2 Registri di stage	SI		NO		N/A
3.3 Registri FAD	SI		NO/IN PARTE		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
3.4 Verifica della validazione registri	SI		NO		
3.5 Verificare la corrispondenza dei destinatari effettivi con quelli comunicati dal Beneficiario e caricati sul sistema informativo SURF					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
4 - VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI PER L'ATTIVITA' FORMATIVA					
4.1 Comunicazione di inizio attività nei tempi e nelle modalità previste dal Manuale e dall' Avviso (verifica presenza di all. Mod. I.C.)	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
4.2 Scheda riassuntiva del corso	SI		NO		
4.3 Scheda relativa ai programmi d'insegnamento	SI		NO		
4.4 Scheda riassuntiva del personale docente	SI		NO		
4.5 Scheda riassuntiva del personale non docente	SI		NO		
4.6 Modulistica definitiva al 20%	SI		NO		
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
5 - VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI PER GLI ALLIEVI					
5.1 Elenco allievi per servizio mensa	SI		NO		N/A
5.2 Elenco allievi per servizio trasporto	SI		NO		N/A
5.3 Ricevuta materiale didattico	SI		NO		N/A
5.4 Elenco materiale didattico	SI		NO		N/A
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
6 - INFORMAZIONI SUL CORSO, DIDATTICA E PRESENZA					
<b>SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO:</b>					
6.1 INFORMAZIONI SUL CORSO					
CORSO	DURATA IN ORE	SVOLGIMENTO DAL - AL	ALLIEVI		
			ISCRITTI	FREQUENTANTI	PRESENTI



ORE DI FORMAZIONE SVOLTE		N. ORE TOTALI		
TEORIA		N. ORE		
PRATICA E/O STAGE		N. ORE		
ALLIEVI DIMESSI		N.		
ALLIEVI SOSTITUITI		N.		
<b>6.2 – DIDATTICA E PRESENZA</b>				
6.2.1 I destinatari delle azioni firmano regolarmente il registro?	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.2 Sono stati sbarrati gli spazi per le firme non apposte?	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.3 I docenti hanno firmato regolarmente il registro?	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
6.2.4 Il docente presente corrisponde a quello previsto e/o comunicato?	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.5 E' indicato l'orario di svolgimento delle lezioni?	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.6 Le attività giornaliere sono descritte chiaramente?	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
6.2.7 Sono riportati puntualmente gli argomenti trattati e le esercitazioni eseguite?	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
6.2.8 L'attività in corso al momento della visita (verifica da effettuare solo in caso di controllo in itinere)	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.9 In caso di assenza, compare sul registro la dicitura "assente" (o ritirato)?	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.10 Il numero totale dei presenti viene annotato regolarmente?	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.11 Il responsabile del corso visita il registro giornalmente	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.12 Risultano apposte firme e annotazioni del tutor?	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
6.2.13 Sono istituiti i registri per lo stage?	SI		NO	N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.14 Le firme dei partecipanti sono apposte regolarmente?	SI		NO	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.15 Le attività di stage sono descritte chiaramente?	SI		NO	N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.16 E' stato apposto il timbro della azienda/ struttura ospitante ?	SI		NO	N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.17 Risultano apposte firme e annotazioni del tutor stage ?	SI		NO	N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
6.2.18 L'attività corrisponde al programma previsto per lo stage?	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
6.2.19 Gli allievi sono stati identificati con documento di riconoscimento al momento dell'ispezione? (da verificare solo per il controllo in itinere)	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
6.2.20 Interviste rivolte a figure chiave. Somministrazione di questionari ai partecipanti	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
Altro (specificare)				
ANNOTAZIONI				
<b>7 – VERIFICA DOCUMENTAZIONE ALLIEVI</b>				
<b>ALLIEVI DISOCCUPATI</b>				
7.1 Domanda di ammissione al corso	SI		NO	N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
7.2 Autocertificazione:		SI		NO
Dati anagrafici		SI		NO
Stato di disoccupazione		SI		NO
Codice fiscale		SI		NO
Titolo di studio		SI		NO
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
ANNOTAZIONI				
<b>ALLIEVI OCCUPATI</b>				



7.3 Autocertificazione:	SI	NO
Dati anagrafici	SI	NO
Stato di occupazione dichiarata	SI	NO
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>		
7.4 Libro Unico del Lavoro	SI	NO
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>		
Altro (specificare)		
ANNOTAZIONI		



Unione europea  
Fondo sociale europeo



REGIONE CAMPANIA



FSE  
POR CAMPANIA  
2014 - 2020

8 - DOCUMENTAZIONE PER ALTRE TIPOLOGIE DI ATTIVITA' FORMATIVA PREVISTA DAL MANUALE DELLE PROCEDURE DI GESTIONE						
	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
9 - VERIFICA CONGRUITA' MATERIALE ED ATTREZZATURE						
9.1 Corrispondenza delle attrezzature a disposizione dei destinatari con quanto dichiarato nel progetto approvato	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
9.2 Corrispondenza dei materiali didattici con quanto previsto nel progetto approvato	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
9.3 Verifica della presenza dei registri di carico/scarico dei materiali didattici	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
9.4 Presenza delle ricevute di consegna dei materiali didattici agli allievi	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
9.5 Conservazione dei materiali prodotti dagli allievi durante le esercitazioni pratiche	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
10 - VERIFICA INDENNITA' ALLIEVI						
PER LA PARTECIPAZIONE AL CORSO GLI ALLIEVI USUFRUISCONO DI:						
Borsa di studio per la cifra complessiva di	(inserire importo)	SI		NO		N/A
Indennità giornaliera per ogni giorno di effettiva presenza	(inserire importo)	SI		NO		N/A
Servizio mensa (solo per attività di stage)	(inserire importo)	SI		NO		N/A
Rimborso spese di viaggio	(inserire importo)	SI		NO		N/A
Indumenti da lavoro	(inserire importo)	SI		NO		N/A
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
11 - VERIFICA REQUISITI PERSONALE IMPIEGATO NEL PROGETTO						
11.1 Il personale docente 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						
11.2 Il personale docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
ANNOTAZIONI						
11.3 Il personale non docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A	
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
ANNOTAZIONI						
SEZIONE IV - VERIFICA CONTABILE						
12 - VERIFICA CONTABILE						
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE						
12.1 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						
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio						
ANNOTAZIONI						



<b>12.2 REGISTRI CONTABILI E FISCALI</b>					
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					
12.3 RIEPILOGO PIANO FINANZIARIO (si rimanda all' allegato 2_ Quadro economico)					
12.4 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					
12.6 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 (solo per verifica ex post)					
n.		data		€	
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
12.7 RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO					
Totale acconti					
Totale spese sostenute					
Saldo					
ANNOTAZIONI					
12.8 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					
12.9 VERIFICA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI COSTI SOSTENUTI PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - COMPILAZIONE ALLEGATO 1a					
<b>SEZIONE V – ESITI DEL CONTROLLO</b>					
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					

<b>LEGENDA:</b>	
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

<b>DATA</b>	
<b>NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO</b>	
<b>FIRMA</b>	





**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**

<b>VERBALE DI CONTROLLO E DI NOTIFICA DEGLI ESITI DELLA VISITA ISPETTIVA</b>	
<b>N°</b>	
<b>DEL</b>	

Il/I giorno/i	
in occasione della verifica N°	
effettuata presso il Beneficiario/Soggetto attuatore	
in ordine al progetto	
Sede	
Titolo del progetto	
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 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	<i>(indicare gli uffici e/o modalità di avvio)</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*

<b>I FUNZIONARI DELL' UNITA' PER LE ATTIVITA' DI CONTROLLO IN LOCO SULLE OPERAZIONI COFINANZIATE DAL FSE</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE O SUO DELEGATO</b>	
<b>FIRMA</b>	