**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 (FORMAZIONE POST UNIVERSITARIA) - VERIFICA IN LOCO**

| | |
|---|---|
| **Data** | |
| **Verifica NR** | |
| **Procedura** | |
| **Titolo progetto** | |
| **Beneficiario/Soggetto attuatore** | |
| **Luogo della verifica** | |

| **SEZIONE I - INFORMAZIONI PRELIMINARI SULLA VERIFICA** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DATA/E DELLA VERIFICA EFFETTUATA** | | | | |
| **TIPO DI VERIFICA** | **In itinere** | | **Ex post (per progetti conclusi)** | |
| **Funzionario/i incaricato/i** | | | | |
| **Nota d'incarico** | Prot. n. | | del | |
| **Rappresentante legale del Soggetto Beneficiario** | | | | |
| **Responsabile dell'attività** | | | | |
| **Sede legale del Beneficiario** | | | | |
| **Sede di svolgimento dell'Attività fomativa** | | | | |
| **Sede di svolgimento della verifica amministrativo - contabile (eventuale)** | | | | |
| **Comunicazione di inizio attività (Avvio progetto) del** | Prot. n. | | del | |
| **Presente alla visita in loco il Sig** | | | | |
| **Nato** | a | | il | |
| **Residente** | | | | |
| **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
- La verifica va effettuato controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

| **SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO** | |
|---|---|
| **Programma Operativo** | |
| **Asse** | |
| **Obiettivo Specifico** | |
| **Azione** | |
| **Avviso Pubblico** ( Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione) | |
| **Atto di concessione** ( Inserire la data e gli estremi dell'atto ) | |
| **Responsabile di Obiettivo Specifico** | |
| **Direzione Generale** | |
| **Responsabile per il controllo di I Livello** | |
| **Titolo progetto** | |
| **Codice Progetto (surf)** | |
| **CUP** | |
| **Responsabile Unico del Procedimento** (Se non nominato espressamente, inserire il Responsabile di Obiettivo operativo) | |
| **Responsabile scientifico del progetto** | |

| **DATI FINANZIARI DEL PROGETTO** | | | |
|---|---|---|---|
| **Importo ammesso a finanziamento** | | Quota FSE | |
| **Importo eventualmente riparametrato** | | Quota FSE | |
| **Importo rendicontato** | | | |
| **Importo liquidato** | | Quota FSE | |
| **Importo Ammissibile ( 1° / 2° Campionatura al .....)** | | Quota FSE | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

| SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 1.1 Verifica della presenza sull' Avviso/Bando dei loghi istituzionali indicati nel Manuale | | | | |
| 1.2 Informazione e pubblicità della selezione *(es. sito web,quotididani…)* | | | | |
| *altro (specificare)* | | | | |
| **2 - VERIFICA MODALITA' DI SELEZIONE DEI DESTINATARI (SE DEL CASO)** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 2.1 Nomina della commissione (conferimento incarico/ordine di servizio) | | | | |
| 2.2 Composizione della commissione (assenza di situazioni di conflitto di interessi) | | | | |
| 2.3 Registro partecipanti prova scritta | | | | |
| 2.4 Registro partecipanti prova orale | | | | |
| 2.5 Decreti di attribuzione borse/assegni/dottorati di ricerca/scuole di specializzazione | | | | |
| 2.6 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati | | | | |
| 2.7 Elenco partecipanti ammessi | | | | |
| 2.8 Elenco eventuali sostituzioni | | | | |
| *altro (specificare)* | | | | |
| **3-VERIFICA DEL PROGRAMMA DELLE ATTIVITA '** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 3.1 Verificare le schede periodiche mensili/registri, debitamente compilati dai beneficiari, relative alle attività realizzate - obiettivi raggiunti e controfirmate dal Responsabile Scientifico del Progetto. | | | | |
| 3.2 In caso attività svolte su più annualità, verificare l'avvenuta comunicazione di ammissione all'anno accademico successivo, corredata dell'esito positivo di una verifica di valutazione | | | | |
| 3.3 Verificare, a chiusura dell'interno, la relazione finale sulle attività svolte, comprensiva degli output e dei risultati raggiunti dal percorso formativo e/o di ricerca controfirmata dal Responsabile Scientifico del Progetto | | | | |
| 3.4 Verificare la corrispondenza dei destinatari effettivi con quelli comunicati dal Beneficiario e caricati sul sistema informativo SURF | | | | |
| 3.5 Verificare in chiusura dell'intervento che il beneficiario abbia correttamente caricato tutte le informazioni inerenti gli indicatori di output e di risultato, che tutti gli indicatori concordati in fase di programmazione dell'intervento siano stati raggiunti e, in caso di mancato raggiungimento, fornire evidenza e giustificazione delle differenze riscontrate tra il contributo impegnato e quello effettivo. | | | | |
| *altro (specificare)* | | | | |
| **4- VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI FORMAZIONE POST UNIVERSITARIA** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 4.1 Verificare la comunicazione di avvio progetto e durata dello stesso | | | | |
| 4.2 Verificare la comunicazione delle sedi amministrative in cui sono conservati tutti i documenti relativi al progetto finanziato | | | | |
| 4.3 Verificare l'elenco dei beneficiari ammessi alle attività formative e di Ricerca con evidenza delle sedi di effettivo svolgimento delle attività | | | | |
| 4.4 Verificare le Schede Finanziarie di dettaglio, per ogni singolo destinatario, attestante il valore della borsa/assegno/contratto erogata | | | | |
| *altro (specificare)* | | | | |
| **5 – VERIFICA DEGLI ULTERIORI ADEMPIMENTI PER ATTIVITÀ DI FORMAZIONE / RICERCA POST UNIVERSITARIA SVOLTA ALL'ESTERO** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 5.1 Autorizzazione allo svolgimento da parte del borsista delle attività all'estero rilasciata dagli organi competenti , con indicazione :<br>- Struttura ospitante,<br>- Responsabile Scientifico del Progetto della struttura ospitante<br>- Periodo di permanenza all'estero<br>- obiettivi attesi e della coerenza degli stessi rispetto alla attivita' di Ricerca in essere. | | | | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5.2 Documentazione attestante la presenza all'estero del borsista con l'indicazione del periodo di permanenza | | | | |
| *altro (specificare)* | | | | |
| **6 – INFORMAZIONI SUL CORSO, DIDATTICA E PRESENZA** | | | | |
| **6.1 – INFORMAZIONI SULLE ATTIVITÀ. IN CORSO COME DA PROGETTO FINANZIATO** | | | | |
| | **Sede Attività Formativa** | | | |
| ***ELENCO DESTINATARI*** | ***STRUTTURA UNIVERSITARIA (Dipartimento/Reparto/Scuola di Sopecializzazione)*** | ***Indirizzo*** | | ***NOTE*** |
| *(Nome Cognome)* | | | | |
| *(Nome Cognome)* | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 6.2 Verificare eventuli partecipanti dimessi | | | | |
| 6.2 Verificare eventuli partecipanti sostituiti | | | | |
| **7– VERIFICA DOCUMENTAZIONE DOTTORANDI/ASSEGNISTI/CONTRATTISTI** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 7.1 Verificare la Domanda di ammissione del destinatario | | | | |
| 7.2 Verificare la presenza delle seguenti Autocertificazioni | | | | |
| - Dati anagrafici | | | | |
| - Stato di disoccupazione | | | | |
| - Codice fiscale | | | | |
| - Titolo di studio | | | | |
| **8 – VERIFICA CONGRUITA' MATERIALE ED ATTREZZATURE** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 8.1 Corrispondenza delle attrezzature a disposizione dei destinatari con quanto dichiarato nel progetto approvato | | | | |
| 8.2 Corrispondenza dei materiali didattici con quanto eventualmente previsto nel progetto approvato | | | | |
| 8.3 Presenza delle ricevute di consegna dei materiali didattici ai destinatari | | | | |
| 8.4 Scheda di utilizzo / disponibilità delle attrezzature sottoscritta da tutti i destinatari presenti. | | | | |
| 8.5 Conservazione dei materiali prodotti dagli allievi durante le esercitazioni pratiche | | | | |
| 8.2 Il personale ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto? | | | | |
| **9 – VERIFICA BORSE DOTTORATI, ASSEGNISTI DI RICERCA E CONTRATTISTI SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 9.1 Verificare se per la partecipazione alle attività i destinatari usufruiscono di:<br>- servizio mensa<br>- rimborso spese di viaggio e alloggio;<br>- indumenti di lavoro (dispositivi di protezione individuale) | | | | |
| **10 - VERIFICA REQUISITI PERSONALE DOCENTE IMPIEGATO NEL PROGETTO** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 10.1 Verificare che tra il personale impegnato nelle attività formative sia presente sia il Tutor che Coordinatore delle attività | | | | |
| 10.2 I Tutor ed i Coordinatori hanno i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto? | | | | |
| 10.3 Il personale non docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto? (Dipendenti Università) | | | | |
| 10.4 Verificare, nel caso di incarichi a società e/o personale esterno al beneficiario la presenza del contratto | | | | |
| **SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE** | | | | |
| **11 - VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE** | | | | |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |



fonte: http://burc.regione.campania.it

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 11.1 Verificare la documentazione di spesa e di pagamento sostenuta dal beneficiario:<br>- documenti di spesa (cedolini, fatture, note di pagamento ecc.)<br>- mandati di pagamento quietanzati<br>- bonifici<br>- ecc. | | | | |
| 11.2 Verificare che la documentazione di spesa riporti i seguenti elementi:<br>- Dicitura POR Campania FSE 2014-2020;<br>- Indicazione di Asse/Obiettivo Specifico/Azione;<br>- Codice ufficio;<br>- CUP e l'importo totale o parziale imputato all'azione finanziata | | | | |
| 11.3 E' stato acceso il c.c. bancario dedicato<br>alle operazioni cofinanziate dal POR FSE Campania 2007-2013, nelle modalità previste dal Manuale e dall'avviso? | | | | |
| 11.4 Verificare l'eventuale presenza della Polizza Fideiussoria/bancaria e il relativo pagamento dei premi | | | | |
| Istituto di credito | | | | |
| Numero del c/c della Tesoreria Unica della Università | | | | |
| Saldo da estratto conto | | | | |
| ANNOTAZIONI | | | | |
| 11.5 RIEPILOGO PIANO FINANZIARIO | | | | |
| PIANO FINANZIARIO APPROVATO/RIMODULATO | | | | |
| **MACROVOCI DI SPESA** | **Preventivo** | | **Preventivo rimodulato** | **Importo certificato al** |
| **(B1) PREPARAZIONE** | *(INSERIRE IMPORTO) €* | | *(INSERIRE IMPORTO) €* | *(INSERIRE IMPORTO) €* |
| **(B2) REALIZZAZIONE** | *(INSERIRE IMPORTO) €* | | *(INSERIRE IMPORTO) €* | *(INSERIRE IMPORTO) €* |
| **(B3) DIFFUSIONE RISULTATI** | *(INSERIRE IMPORTO) €* | | *(INSERIRE IMPORTO) €* | *(INSERIRE IMPORTO) €* |
| **(B4) DIREZIONE E CONTROLLO INTERNO** | *(INSERIRE IMPORTO) €* | | *(INSERIRE IMPORTO) €* | *(INSERIRE IMPORTO) €* |
| **(C) COSTI INDIRETTI** | *(INSERIRE IMPORTO) €* | | *(INSERIRE IMPORTO) €* | *(INSERIRE IMPORTO) €* |
| **TOTALI** | *(INSERIRE IMPORTO) €* | | *(INSERIRE IMPORTO) €* | *(INSERIRE IMPORTO) €* |
| ***PUNTI DI CONTROLLO*** | ***SI*** | ***NO*** | ***N/A*** | ***NOTE*** |
| 11.7 Verificare l'eventuale richiesta di modifica del piano finanziario al Responsabile di Obiettivo Specifico | | | | |
| 11.8 Verificare l'avvenuta liquidazione al beneficiario (anticipazione, acconto, saldo) | | | | |
| 11.9 RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO | | | | |
| **TOTALE SPESE AMMESSE A FINANZIAMENTO** | | IMPORTO € | | |
| **TOTALE SPESE RENDICONTATE** | | IMPORTO € | | |
| **TOTALE SPESE AMMISSIBILI** | | IMPORTO € | | |

| **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** | |
| **FUNZIONARIO INCARICATO** | |
| **FIRMA** | |
| **FUNZIONARIO INCARICATO** | |
| **FIRMA** | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

| | |
|---|---|
| **RAPPRESENTANTE LEGALE O SUO DELEGATO** | |
| **FIRMA** | |



fonte: http://burc.regione.campania.it

**REGIONE CAMPANIA**

**PO FSE 2014/2020**

**Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal FSE**

# VERBALE CONTROLLO E DI NOTIFICA

| VERBALE DI CONTROLLO E DI NOTIFICA DEGLI ESITI DELLA VISITA ISPETTIVA | |
|---|---|
| **N°** | 0 |
| **DEL** | 00/01/1900 |

| | |
|---|---|
| Il/I giorno/i | |
| effettuata presso il Beneficiario/Soggetto attuatore | 0 |
| sede | |
| Dispositivo di attuazione oggetto di controllo in loco | 0 |
| Titolo Progetto | 0 |
| Codice Progetto (surf) | 0 |
| CUP | 0 |
| Alla presenza del Sig. | 0 |
| nato a | 0 |
| Data di nascita | 0 |
| residente in | 0 |
| nella qualità di | 0 |
| identificato con documento di riconoscimento | 0 |

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 | Della Direzione Generale Autorità di Gestione Fondo Sociale Europeo e Fondo di Sviluppo e Coesione, all'indirizzo pec: dg.500100@pec.regione.campania.it |
| 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**

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

**FIRMA**

fonte: http://burc.regione.campania.it