



**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 DRG 744/2018 - DD  
1499/2018 - VERIFICA IN LOCO**

**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 Beneficiario/Soggetto attuatore	
Sede	

in ordine al progetto

TITOLO	Intervento di accoglienza, orientamento e accompagnamento al lavoro
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	(indicare gli uffici di riferimento 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*

<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>	



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 DRG 744/2018 - DD 1499/2018 - MISURA 5 - VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	Intervento di accoglienza, orientamento e accompagnamento al lavoro
Beneficiario/Soggetto promotore	
Soggetto Ospitante	
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	
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	1
Obiettivo Specifico	2
Azione	8.1.6
Atto di ammissione a finanziamento <i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Convenzione tra Soggetto Promotore e Soggetto Ospitante ( <i>indicare estremi</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>	
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore	
Soggetto Ospitante	
Responsabile del progetto	
Destinatari dell'intervento	



#### DATI FINANZIARI DEL PROGETTO

<b>Importo ammesso a finanziamento</b>		Quota FSE	
<b>Importo liquidato</b>		Quota FSE	
<b>Importo rendicontato dal beneficiario/oggetto promotore</b>		Quota FSE	
<b>Importo Certificato (Campionatura al .....) beneficiario/oggetto promotore</b>		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 DEI DESTINATARI							
2.1 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO/IN PARTE				
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>							
2.2 Verificare la presenza del Dichiarazione sottoscritta dal CPI di riferimento (DRU)	SI		NO/IN PARTE				
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>							
2.3 Verificare autocertificazione dello status di NEET (alla data di presa in carico del NEET e alla data di avvio della misura se trascorsi almeno 6 mesi)	SI		NO		N/A		
2.4 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 DEL PROGRAMMA DI TIROCINIO							
3.1 Verifica del Programma di Tirocinio (Patto formativo)	SI		NO				
3.2 Verifica dei registri comprovanti la presenza dei tirocinanti, le ore e le attività realizzate	SI		NO				
Altro (specificare)							
ANNOTAZIONI							
4- VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI (SE DEL CASO)							
4.1 Registri tirocinanti	SI		NO		N/A		
4.2 Ricevuta materiale utilizzato	SI		NO		N/A		
4.3 Verificare la corrispondenza dei destinatari effettivi con quelli comunicati dal Beneficiario e caricati sul sistema informativo SURF							
4.4 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)							
ANNOTAZIONI							
5 - VERIFICA SULLE ATTIVITA' DI TIROCINIO							
<b>SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'</b>							
5.1 INFORMAZIONI SUL TIROCINIO							
ALLIEVO	DURATA IN MESI	DATA INIZIO (UNILAV)	DATA FINE PREVISTA	DATA PROFILING	IMPORTO INDENNITA' MENSILE	MESI EFFETTIVI DI TIROCINIO	IMPORTO TOTALE RICONOSCIUTO
ANNOTAZIONI							
5.2 sigla del registro giornaliero del Responsabile del corso/tutor	SI		NO		N/A		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>							
5.3 regolarità nell'apposizione delle firme da parte dei tirocinanti	SI		NO		N/A		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>							



5.4 Chiara descrizione delle attività di tirocinio	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
5.5 Apposizione del timbro/firma del soggetto ospitante	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
5.6 Firma e/o note da parte del tutor	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
5.7 corrispondenza delle attività al programma di tirocinio approvato	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
5.8 Altro						
ANNOTAZIONI						
<b>6 – VERIFICA DOCUMENTAZIONE ALLIEVI</b>						
6.1 Avvio del tirocinio	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
6.2 Autocertificazioni status NEET	SI		NO		N/A	
Dati anagrafici	SI		NO		N/A	
stato di disoccupazione	SI		NO		N/A	
codice fiscale	SI		NO		N/A	
titolo di studio	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
<b>7 – VERIFICA INDENNITA' TIROCINANTE</b>						
7.1 verifica indennità mensile	(inserire importo)	SI		NO		N/A
ANNOTAZIONI						
<b>SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE</b>						
<b>8 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE</b>						
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE						
8.1 Verificare dell'avvenuto pagamento della premialità dovuta al soggetto promotore	SI		NO			
Istituto di credito						
Numero del c/c						
Saldo da estratto conto						
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
ANNOTAZIONI						
8.2 Dettaglio documenti di accredito verificati						
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità						
n.		data		€		
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
<b>RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO</b>						
Totale liquidato						
Totale spese sostenute						
Saldo						
ANNOTAZIONI						
<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						

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**

**CHECK LIST PER OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO DRG 744/2018 - DD 1499/2018 - MISURA 3 - VERIFICA IN LOCO**

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	Intervento di accoglienza, orientamento e accompagnamento al lavoro
Beneficiario/Soggetto promotore	
Soggetto Ospitante	
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	
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)				

**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	1
Obiettivo Specifico	2
Azione	8.1.6
Atto di ammissione a finanziamento <i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Atto di Approvazione	
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>	
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore	
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 promotore		Quota FSE	
Importo Certificato (Campionatura al .....) beneficiario/soggetto promotore		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 DEI DESTINATARI**

2.1 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
2.2 Verificare la presenza della Dichiarazione sottoscritta dal CPI di riferimento (DRU)	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
2.3 Verificare autocertificazione dello status di NEET (alla data di presa in carico del NEET e alla data di avvio della misura se trascorsi almeno 6 mesi)	SI		NO	N/A
2.4 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati	SI		NO/IN PARTE	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
2.5 Elenco partecipanti ammessi	SI		NO	N/A
2.6 Elenco sostituzioni eventuali	SI		NO	N/A
Altro (specificare)				
ANNOTAZIONI				

**3 - VERIFICA DEI DESTINATARI PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO**

**SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'**

**3.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI**

DESTINATARIO MISURA	DATA PROFILING	DATA DI ASSUNZIONE	PRESENZA CONTRATTO FIRMATO	TIPOLOGIA CONTRATTO	IMPORTO RICONOSCIBILE
<b>SPESA TOTALE AMMISSIBILE</b>					<b>0,00 €</b>

**4 - VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI**

4.1 Verificare la corrispondenza dei destinatari effettivi con quelli comunicati dal Beneficiario e caricati sul sistema informativo SURF					
4.2 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)					
ANNOTAZIONI					

**5 - VERIFICA DOCUMENTAZIONE DESTINATARI**

5.1 Avvio della misura di accompagnamento	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
5.2 Autocertificazioni status NEET	SI		NO		N/A
Dati anagrafici	SI		NO		N/A
stato di disoccupazione	SI		NO		N/A
codice fiscale	SI		NO		N/A
titolo di studio	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					



**SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE**

**6 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE**

**VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE**

6.1 Verificare dell'avvenuto pagamento della premialità dovuta al soggetto promotore	SI		NO	
Istituto di credito				
Numero del c/c				
Saldo da estratto conto				
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
ANNOTAZIONI				
6.2 Dettaglio documenti di accredito verificati				
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità				
n.		data	€	
Altro (specificare)				
ANNOTAZIONI				

**RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO**

Totale liquidato	
Totale spese sostenute	
Saldo	
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/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**

**CHECK LIST PER OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO DRG 744/2018 - DD 1499/2018 - MISURA 1 B - VERIFICA IN LOCO**

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	Intervento di accoglienza, orientamento e accompagnamento al lavoro
Beneficiario/Soggetto promotore	
Soggetto Ospitante	
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	
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)				

**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	1
Obiettivo Specifico	2
Azione	8.1.6
Atto di ammissione a finanziamento <i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Atto di Approvazione	
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>	
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore	
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 promotore		Quota FSE	
Importo Certificato (Campionatura al .....) beneficiario/soggetto promotore		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 DEI DESTINATARI**

2.1 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.2 Verificare la presenza del Dichiarazione sottoscritta dal CPI di riferimento (DRU)	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.3 Verificare autocertificazione dello status di NEET (alla data di presa in carico del NEET e alla data di avvio della misura se trascorsi almeno 6 mesi)	SI		NO	N/A	
2.4 Documento sottoscritto dall'orientatore e dal destinatario della misura che certifica le attività e le effettive ore del servizio	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 DEI DESTINATARI PER L'ACCOGLIENZA LA PRESA IN CARICA E L'ORIENTAMENTO**

**SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'**

**3.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI**

DESTINATARIO MISURA	DURATA IN ORE (N.)	DATA DI SVOLGIMENTO	ORE DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO SVOLTE RICONOSCIBILI MAX 2 (UCS euro 34 per ora)	NOTE
<b>SPESA TOTALE AMMISSIBILE</b>			<b>0,00 €</b>	

**4 - VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI**

4.1 Verificare la corrispondenza dei destinatari effettivi con quelli comunicati dal Beneficiario e caricati sul sistema informativo SURF					
4.2 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)					
ANNOTAZIONI					

**5 - VERIFICA DOCUMENTAZIONE DESTINATARI**

5.1 Avvio della misura di accoglienza, presa in carico, orientamento	SI		NO	N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
5.2 Autocertificazioni status NEET	SI		NO	N/A	
Dati anagrafici	SI		NO	N/A	
stato di disoccupazione	SI		NO	N/A	
codice fiscale	SI		NO	N/A	
titolo di studio	SI		NO	N/A	
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					



Altro (specificare)				
ANNOTAZIONI				
<b>SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE</b>				
<b>6 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE</b>				
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE				
6.1 Verificare dell'avvenuto pagamento della premialità dovuta al soggetto promotore	SI		NO	
Istituto di credito				
Numero del c/c				
Saldo da estratto conto				
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>				
ANNOTAZIONI				
6.2 Dettaglio documenti di accredito verificati				
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità				
n.		data	€	
Altro (specificare)				
ANNOTAZIONI				
<b>RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO</b>				
Totale liquidato				
Totale spese sostenute				
Saldo				
ANNOTAZIONI				
<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				

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

## CHECK LIST PER OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO DRG 744/2018 - DD 1499/2018 - MISURA 1 C- VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	Intervento di accoglienza, orientamento e accompagnamento al lavoro
Beneficiario/Soggetto promotore	
Soggetto Ospitante	
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	
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)				

## 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	1
Obiettivo Specifico	2
Azione	8.1.6
Atto di ammissione a finanziamento <i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Atto di Approvazione	
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>	
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore	
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 promotore			Quota FSE		
Importo Certificato (Campionatura al .....) beneficiario/soggetto promotore			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>					
<i>Altro (specificare)</i>					
ANNOTAZIONI					
2 - VERIFICA MODALITA' DI SELEZIONE DEI DESTINATARI					
2.1 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.2 Verificare la presenza della Dichiarazione sottoscritta dal CPI di riferimento (DRU)	SI		NO/IN PARTE		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.3 Verificare autocertificazione dello status di NEET (alla data di presa in carico del NEET e alla data di avvio della misura se trascorsi almeno 6 mesi)	SI		NO		N/A
2.4 Documento sottoscritto dall'orientatore e dal destinatario della misura che certifica le attività e le effettive ore del servizio	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
<i>Altro (specificare)</i>					
ANNOTAZIONI					
3 - VERIFICA DEI DESTINATARI PER L'ORIENTAMENTO SPECIALISTICO					
<b>SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'</b>					
3.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI					
DESTINATARIO MISURA	DURATA IN ORE (N.)	DATA DI SVOLGIMENTO	DATA ORIENTAMENTO DA PIP	ORE DI ORIENTAMENTO SPECIALISTICO SVOLTE RICONOSCIBILI MAX 8 (UCS 35,50 EURO ORA)	
<b>SPESA TOTALE AMMISSIBILE</b>					<b>0,00 €</b>
4 - VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI					
4.1 Verificare la corrispondenza dei destinatari effettivi con quelli comunicati dal Beneficiario e caricati sul sistema informativo SURF					
4.2 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.					
<i>Altro (specificare)</i>					
ANNOTAZIONI					
5 - VERIFICA DOCUMENTAZIONE DESTINATARI					
5.1 Avvio della misura di orientamento specialistico	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
5.2 Autocertificazioni status NEET	SI		NO		N/A
Dati anagrafici	SI		NO		N/A
stato di disoccupazione	SI		NO		N/A



codice fiscale	SI		NO		N/A
titolo di studio	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
<b>SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE</b>					
<b>6 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE</b>					
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE					
6.1 Verificare dell'avvenuto pagamento della premialità dovuta al soggetto promotore	SI		NO		
Istituto di credito					
Numero del c/c					
Saldo da estratto conto					
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
6.2 Dettaglio documenti di accredito verificati					
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità					
n.		data		€	
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
<b>RIEPILOGO REALIZZAZIONE FINANZIARIA DEL PROGETTO</b>					
Totale liquidato					
Totale spese sostenute					
Saldo					
ANNOTAZIONI					
<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					

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 QUANTITÀ/ PROCEDURA
N/A	NON APPLICABILE AL CASO DI SPECIE

DATA	
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO	
FIRMA	
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO	
FIRMA	









--



*NOTE*







