



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 - DECONTRIBUZIONE - 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			
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 <i>(Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione)</i>			
Atto di concessione <i>(Inserire la data e gli estremi dell'atto di concessione sottoscritta)</i>			
Ammissione al Finanziamento <i>(Inserire la data e gli estremi dell'atto)</i>			
Responsabile di Obiettivo Specifico			
Direzione Generale			
Responsabile per il controllo di I Livello			
Titolo progetto			
Codice Progetto (surf)			
CUP			
Responsabile Unico del Procedimento <i>Se non nominato espressamente, inserire il Responsabile di Obiettivo operativo</i>			
DATI FINANZIARI DEL PROGETTO			
Importo ammesso a finanziamento (D.D. di concessione incentivo)		Quota FSE	
Importo rendicontato			
Importo liquidato		Quota FSE	
Importo Ammissibile (1° / 2° Campionatura al .....)		Quota FSE	



SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO					
<b>1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO</b>					
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, quotidiani...)					
<b>2-VERIFICA DEI REQUISITI GENERALI PER L'AMMISSIONE ALL'INCENTIVO</b>					
PUNTI DI CONTROLLO		SI	NO	N/A	NOTE
2.1 Verifica sul rispetto della normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro (Documento valutazione rischi DVR)					
2.2 Rispetto normativa in materia di diritto al lavoro dei disabili (L. n.68 del 12/03/1999)					
2.3 Verificare che l'azienda non abbia in atto alla data della domanda sospensioni dal lavoro (CIG E CIGO) in cui siano interessati lavoratori inquadrati nella medesima qualifica di quelli per i quali si chiede l'incentivo. (acquisire dichiarazione del R.L. dell'azienda o documentazione probante)					
altro (specificare)					
<b>3-VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI (SE DEL CASO)</b>					
PUNTI DI CONTROLLO		SI	NO	N/A	NOTE
3.1 Documentazione attestante / dichiarazione sostitutiva del dipendente relativa al possesso dei requisiti dichiarati (solo per le categorie di svantaggio ( di cui alle lett. C e E dell'avviso)					
3.2 altro (specificare) LETT. E adulto solo con una o più persone a carico – LETT. C no diploma scuola media superiore / professionale					
altro (specificare)					
<b>4 – INFORMAZIONI SUL PROGETTO</b>					
NOMINATIVO DEL LAVORATORE INCENTIVATO	DURATA DELL'INCENTIVO (IN MESI)	DATA ASSUNZIONE DAL - AL	CARATTERISTICHE DEI DESTINATARI		
			NUMERO DIPENDENTI DA DOMANDA	SPESA AMMISSIBILE	TIPOLOGIA DI SVANTAGGIO (ART.5 COMMA 1 DELL'AVVISO)
PUNTI DI CONTROLLO		SI	NO	N/A	NOTE
4.1 Verifica del libro unico del lavoro in originale firmato dal dipendente relativi al periodo incentivato e UNILAV					
4.2 Verifica della documentazione attestante il pagamento delle retribuzioni in originale (bonifici, assegni, quietanze liberatorie su buste paga, etc.)					
4.3 Documentazione attestante l'ammontare dei contributi previdenziali versati per i dipendenti incentivati (solo per i beneficiari che hanno dichiarato di non aver fruito dello sgravio ai sensi degli art.1 commi 178 e seguenti della legge n.208 del 28/12/2015					
altro (specificare)					
Annotazioni					
<b>SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE</b>					
<b>5 - VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE</b>					
PUNTI DI CONTROLLO		SI	NO	N/A	NOTE
5.1 E' stato acceso il c.c. bancario dedicato alle operazioni cofinanziate dal POR FSE Campania 2007-2013, nelle modalità previste dal Manuale e dall'avviso?					
Istituto di credito					
Numero del c/c della Tesoreria Unica della Università					
Annotazioni					
5.2 DETTAGLIO DOCUMENTI DI ACCREDITO VERIFICATI					
<b>ORDINATIVO DI PAGAMENTO A SALDO (SOLO IN CASO DI VERIFICA EX POST)</b>					
Numero Ordinativo	Importo ordinativo	Data di pagamento ordinativo			
(inserire numero ordinativo)	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE data)			
(inserire numero ordinativo)	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE data)			
(inserire numero ordinativo)	(INSERIRE IMPORTO) €	(INSERIRE data)			



<i>altro (specificare)</i>					
<i>Annotazioni</i>					
<b>PUNTI DI CONTROLLO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>	<b>NOTE</b>
5.3 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. <i>(solo per le richieste di liquidazione del contributo in anticipazione)</i>					
<i>altro (specificare)</i>					
<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>FUNZIONARIO INCARICATO</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>FUNZIONARIO INCARICATO</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>RAPPRESENTANTE LEGALE 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****VERBALE CONTROLLO E DI NOTIFICA****VERBALE DI CONTROLLO E DI NOTIFICA DEGLI ESITI DELLA VISITA ISPETTIVA**

<b>N°</b>	0
<b>DEL</b>	00/01/1900
Il/I giorno/i effettuata presso il Beneficiario/Soggetto attuatore	0
Sede	
in ordine al progetto	0
TITOLO	0
Codice Progetto (surf)	0
CUP	0
Alla presenza del Sig.	0
nato a	0
Data di nascita	00/01/1900
residente in	00/01/1900
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**