



AGENZIA NAZIONALE PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
Divisione III
PON "SISTEMI DI POLITICHE ATTIVE PER L'OCCUPAZIONE"

Check-list verifica in itinere in loco

ANAGRAFICA PROCEDURA

Tipologia di procedura*	
Codice Procedura Attivazione*	
CIG	
Responsabile del Procedimento	Nominativo..... - Atto di nomina:.....
Importo a base di gara	€ _____,____
Importo aggiudicato	€ _____,____
Importo (eventuali) varianti	€ _____,____
Importo finale	€ _____,____

ANAGRAFICA OPERAZIONE/AFFIDAMENTO

Titolo Progetto*	
CLP (Codice Locale Progetto)*	
CUP*	
Asse*	
Priorità d'investimento*	
Obiettivo specifico*	
Aggiudicatario/Soggetto attuatore/Beneficiario*	
Soggetto attuatore/impresa ospitante	
Destinatario (ove applicabile)	CF
Valore del Progetto (importo ammesso a finanziamento)*	€ _____,____
quota FSE	€ _____,____
quota FdR	€ _____,____
Stato di attuazione*	☐ Avvio ☐ In corso ☐ Concluso

ANAGRAFICA DOMANDA DI RIMBORSO

ID Domanda di Rimborso (SigmaSPao)*	_____ del __/__/__
Data presentazione DdR (PEC)	__/__/__
Importo DdR	€ _____,____
quota FSE	€ _____,____
quota FdR	€ _____,____
Periodo di riferimento della DdR	da __/__/__ a __/__/__
Importo rendicontato alla data del controllo (cumulato)	€ _____,____

	quota FSE	€ _____, __
	quota FdR	€ _____, __
Importo rendicontato ammissibile alla data del controllo		€ _____, __
	quota FSE	€ _____, __
	quota FdR	€ _____, __

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Comunicazione avvio del controllo*	prot. n. _____ del __/__/__
Verbale di campionamento*	prot. n. _____ del __/__/__
Spesa campionata per il controllo*	€ _____, __

Luogo di archiviazione della documentazione*	
--	--

* campi obbligatori



AGENZIA NAZIONALE PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
Divisione III
PON SPAO "SISTEMI DI POLITICHE ATTIVE PER L'OCCUPAZIONE"

Check-list verifica in itinere in loco

N.	AMBITI DEL CONTROLLO	Esito controllo Positivo (Si), Negativo (No), Non applicabile (n.a.)	Note/Commenti su attività di verifica
	Processo/Campi oggetto di verifica		
1	Sono state espletate le attività programmate?		
2	L'attività svolta è coerente con quanto previsto nel progetto approvato e successive modifiche autorizzate (es. ore di docenza/codocenza, stage, FAD....)?		
3	La sede dello svolgimento dell'attività corrisponde a quella prevista dal progetto di attività?		
4	L'attività è in corso di svolgimento?		
5	Le attività svolte sono chiaramente registrate in specifici strumenti di supporto (es. registro presenze/applicativo informatico)? Indicare lo strumento nel box "Osservazioni"		
6	E' presente/sono presenti il/i destinatario/i presso il soggetto attuatore/struttura ospitante negli orari concordati?		
7	E' stata verificata l'identità del/dei destinatario/i (nome e cognome)?		
8	Gli orari e le date di svolgimento dell'attività sono stati chiaramente indicati?		
9	I nomi dei destinatari rilevati, corrispondono a quelli indicati nel registro presenze?		
10	Le informazioni contenute nella documentazione disponibile corrispondono a quelle definite nel progetto approvato?		
11	La documentazione (es. registri presenze o altro documento che certifica le attività e le effettive ore di erogazione del servizio) è opportunamente compilato, firmato e preventivamente vidimato?		
12	La documentazione (es. registri presenze o altro documento che certifica le attività e le effettive ore di erogazione del servizio) è verificabile, completa e corretta?		
13	Se pertinente alla natura dell'intervento, al momento dell'avvio dell'attività il tutor ha effettuato nei confronti dei destinatari adeguata informazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi degli artt. 36 e 37 del D. Lgs. 81/2008 e s.m. e la sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art. 41 del medesimo D.Lgs?		
14	Ove previsto, il soggetto attuatore/ospitante ha provveduto ad inviare le comunicazioni obbligatorie?		
15	Se pertinente, in caso di variazione dell'orario settimanale o della sede di lavoro, il soggetto attuatore/ospitante ha provveduto ad effettuare tempestiva comunicazione agli enti competenti (AdG, Enti promotori) ?		
16	E' stato verificato il regolare avanzamento fisico delle attività sulla base di quanto indicato nel progetto approvato?		
17	Si rinvergono elementi per la valutazione della presenza di profili di frode come indicato negli orientamenti preventivi riportati nella Nota COCOF 09/0003/00-EN del 18/02/2009 (es. il fornitore di servizi/soggetto attuatore non può essere individuato negli annuari, su Internet, Google o tramite altri motori di ricerca; l'indirizzo dei fornitori di servizi non può essere rintracciato; il fornitore di servizi/soggetto attuatore indica il numero civico o il numero di telefono inesatto)?		



AGENZIA NAZIONALE PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
Divisione III
PON "SISTEMI DI POLITICHE ATTIVE PER L'OCCUPAZIONE"

Check-list verifica in itinere in loco

ESITO DELLA VERIFICA*	☐ Regolare ☐ Parzialmente regolare ☐ Non regolare
Importo controllato*	€ _____, ____
Eventuale rettifica derivante dalla verifica	%
Importo ammissibile*	€ _____, ____
Importo non ammissibile*	€ _____, ____
Importo sospeso (in attesa chiusura contraddittorio)*	€ _____, ____

RACCOMANDAZIONI/OSSERVAZIONI	
------------------------------	--

REFERENTI DEL BENEFICIARIO PRESENTI AL CONTROLLO	
Ruolo	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____

INCARICATI DEL CONTROLLO	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____
	Nominativo _____ Firma _____

DATA AVVIO VERIFICA*	___/___/___
----------------------	-------------

DATA CONCLUSIONE VERIFICA*	___/___/___
----------------------------	-------------

REFERENTE AMBITO CONTROLLI*	Nominativo _____ Firma _____
-----------------------------	------------------------------

* campi obbligatori