

REGIONE CAMPANIA
PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020
Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA
VERBALE CONTROLLO E DI NOTIFICA OPERAZIONI IN REGIME CONCESSORIO

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 _____
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

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



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



ANPAL
Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



REGIONE CAMPANIA

PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020

Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA

CHECK LIST - MISURA 1 B - VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	
Beneficiario/Soggetto promotore	
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:				
- Le varie sezioni della check list vanno compilate, all'occorrenza, in caso di verifica in itinere e/o ex post.				
- La verifica va effettuata controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.				

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
Descrizione della misura	



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



Procedura di selezione Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione della misura	
Atto di Approvazione Inserire la data e gli estremi dell'atto	
Responsabile di Misura	
Responsabile di Attuazione	
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 Misura</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			
Importo liquidato			
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto promotore			
Importo ammissibile (Campionatura al)			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO

1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO				
1.1 Verificare il rispetto degli adempimenti in materia di informazione e pubblicità	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	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
2.2 Verificare la presenza del Dichiarazione sottoscritta dal CPI/APL di riferimento (DRU)	SI		NO	
<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)	SI		NO	N/A
2.4 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati (Checklist presa in carico)	SI		NO	N/A
2.5 Documento sottoscritto dall'orientatore e dal destinatario della misura che certifica le attività e le effettive ore del servizio (Timesheet)	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'				



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



3.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DURATA IN ORE (N.)	DATA DI SVOLGIMENTO	ORE DI ACCOGLIENZA/ORIENTAMENTO SVOLTE RICONOSCIBILI MAX 2 (UCS euro 34 per ora)	NOTE
SPESA TOTALE AMMISSIBILE				0,00 €	
3.2 A conclusione delle attività svolte è stato aggiornato il modulo Politica Attiva presente nella Sezione 6 della Scheda Anagrafico Professionale (SAP) dei destinatari?			SI	NO	N/A

SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE

4 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE

VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE

4.1 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		
4.2 Dettaglio documenti di accredito verificati		
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità		
n.	data	€
Altro (specificare)		
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, con riferimento alle disposizioni del Si.Ge.Co, della manualistica e dell'Avviso di riferimento, da presentare al RdM, indicando i termini per l'invio di eventuali controdeduzioni.	



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



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			
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE			
FIRMA			



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



ANPAL
Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



REGIONE CAMPANIA

PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020

Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA

CHECK LIST - MISURA 1 C - VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	
Beneficiario/Soggetto promotore	
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:

- Le varie sezioni della check list vanno compilate, all'occorrenza, in caso di verifica in itinere e/o ex post.
- La verifica va effettuata controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
---------------------	--



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



ANPAL
Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



Descrizione della misura	
Procedura di selezione Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione della misura	
Atto di Approvazione Inserire la data e gli estremi dell'atto	
Responsabile di Misura	
Responsabile di Attuazione	
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 Misura</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			
Importo liquidato			
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto promotore			
Importo ammissibile (Campionatura al)			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO

1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO				
1.1 Verificare il rispetto degli adempimenti in materia di informazione e pubblicità.	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>In caso di risposta negativa, 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	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
2.2 Verificare la presenza del Dichiarazione sottoscritta dal CPI/APL di riferimento (DRU)	SI		NO	
<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)	SI		NO	N/A
2.4 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di avvio di misura del NEET (se sono trascorsi 60 giorni dalla presa in carico)	SI		NO	N/A
2.5 Certificazione requisiti soggettivi dichiarati dai candidati (Checklist presa in carico)	SI		NO	N/A



UNIONE EUROPEA

Iniziativa a favore dell'Occupazione Giovanile
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



ANPAL
Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



Ordinativo di pagamento a titolo di premialità					
n.			data	€	
Altro (specificare)					
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, con riferimento alle disposizioni del Si.Ge.Co, della manualistica e dell'Avviso di riferimento, da presentare al RdM, indicando i termini per l'invio di 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			
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE			

REGIONE CAMPANIA

PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020

Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA

CHECK LIST PER OPERAZIONI - MISURA 2A / 2B - VERIFICA IN LOCO

Data notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	
Beneficiario/Soggetto attuatore	
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)	
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:

- Le varie sezioni della check list vanno compilate, all'occorrenza, in caso di verifica in itinere e/o ex post.
- La verifica va effettuata controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
Descrizione della Misura	
Procedura di selezione <i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Atto di Approvazione Inserire la data e gli estremi dell'atto	
Responsabile di Misura	
Responsabile di Attuazione	
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 Misura</i>	
Beneficiario/ Soggetto attuatore	
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			
Importo liquidato			
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto attuatore			
Importo ammissibile (Campionatura al)			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO

1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

1.1 Verificare il rispetto degli adempimenti in materia di informazione e pubblicità	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 DEGLI ALLIEVI					
2.1 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di presa in carico del NEET	SI		NO		N/A
2.2 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di avvio di misura (se sono trascorsi 60 giorni dalla precedente misura)	SI		NO		N/A
2.3 Verificare che il destinatario non abbia frequentato due volte lo stesso corso	SI		NO		N/A
2.4 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.5 Verificare la presenza della Dichiarazione sottoscritta dal CPI/APL di riferimento (DRU)	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.6 A conclusione delle attività svolte è stato aggiornato il modulo Politica Attiva presente nella Sezione 6 della Scheda Anagrafico Professionale (SAP) dei destinatari?	SI		NO		N/A
<i>Altro (specificare)</i>					
ANNOTAZIONI					
3- VERIFICA DEL PROGRAMMA DEL CORSO					
3.1 Registri di classe	SI		NO		
3.2 Registri di stage	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
3.3 Verifica della vidimazione registri (ove previsto)	SI		NO		N/A
<i>Altro (specificare)</i>					
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						
4BIS - VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA MODALITÀ VOUCHER						
4BIS.1 è stata verificata la completezza e la correttezza della documentazione prevista per l'erogazione del voucher ai destinatari (ove previsto)?	SI		NO		N/A	
4BIS.2 E' stata verificata il rispetto dei tempi prprevisti per l'acquisizione/attivazione del voucher (ove previsto)?	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
5 - VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI PER GLI ALLIEVI						
5.1 Ricevuta materiale didattico	SI		NO		N/A	
5.2 Elenco materiale didattico	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
6 - INFORMAZIONI SUL CORSO, DIDATTICA E PRESENZA						
SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO:						
6.1 INFORMAZIONI SUL CORSO						
CORSO	DURATA IN ORE	SVOLGIMENTO DAL - AL	ALLIEVI			
			ISCRITTI	FREQUENTANTI	PRESENTI	CRITICITÀ
ORE DI FORMAZIONE SVOLTE			N. ORE TOTALI			
TEORIA			N. ORE			
PRATICA E/O STAGE			N. ORE			
ALLIEVI DIMESSI			N.			
ALLIEVI SOSTITUITI			N.			

6.2 – DIDATTICA E PRESENZA				
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	
<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	
<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) corrisponde al calendario didattico?	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	
<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		
<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		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
7 - VERIFICA REQUISITI PERSONALE IMPIEGATO NEL PROGETTO					
7.1 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					
7.2 Il personale docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto ovvero la corrispondenza dei curriculum dei docenti con la fascia di pertinenza ed i moduli formativi erogati?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
7.3 Il personale non docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
8 - VERIFICA ESITO OCCUPAZIONALE (ove previsto)					
8.1 Ai fini dell'erogazione del contributo di premialità a risultato, è stata verificata la presenza della comunicazione obbligatoria o altra documentazione comprovante l'occupazione finale del giovane?	SI		NO		N/A
ANNOTAZIONI					
SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE					
9 - VERIFICA CONTABILE					
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE					
9.1 E' stato acceso il conto corrente bancario dedicato alle operazioni, come da vigente normativa?	SI		NO		
Istituto di credito					

<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>	
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, con riferimento alle disposizioni del Si.Ge.Co, della manualistica e dell'Avviso di riferimento, da presentare al RdM, indicando i termini per l'invio di 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	
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE	
FIRMA	

REGIONE CAMPANIA

PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020

Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA

CHECK LIST PER OPERAZIONI - MISURA 2 C - VERIFICA IN LOCO

Data notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	
Beneficiario/Soggetto attuatore	
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:

- Le varie sezioni della check list vanno compilate, all'occorrenza, in caso di verifica in itinere e/o ex post.
- La verifica va effettuata controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
Descrizione della Misura	
Procedura di selezione <i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione del dispositivo</i>	
Atto di Approvazione <i>Inserire la data e gli estremi dell'atto</i>	
Responsabile di Misura	
Responsabile di Attuazione	
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 Misura</i>	
Beneficiario/ Soggetto attuatore	
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			
Importo liquidato			
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto attuatore			
Importo ammissibile (Campionatura al)			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO

1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO				
1.1 Verificare il rispetto degli adempimenti in materia di informazione e pubblicità	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 DEL RISPETTO DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI AIUTI DI STATO				
2.1 Verificare il rispetto delle regole sul cumulo degli aiuti pubblici, di cui all'art. 8 del Reg. (UE) 651/2014?	SI		NO	
2.2 Verificare che i limiti di intensità d'aiuto concedibile siano conformi all'art. 31.4 del Reg. (UE) 651/2014	SI		NO	
2.3 Verificare, in caso di aiuti concessi in regime de minimis, la presenza della dichiarazione nella quale si attesti che il contributo concesso non superi l'ammontare di € 200.000 o € 100.000 (per le imprese che effettuano trasporto di merci su strada per conto terzi) per un periodo di massimo tre anni (verifica anche attraverso la consultazione del registro nazionale sugli aiuti di stato)?	SI		NO	
2.4 Verificare, ai fini del rispetto dell'intensità d'aiuto concedibile, la dichiarazione circa la dimensione aziendale del soggetto beneficiario di aiuti di stato (verifica anche attraverso la consultazione del registro nazionale sugli aiuti di stato)?	SI		NO	
2.5 Verificare la Dichiarazione di atto notorio relativa agli aiuti incompatibili ("dichiarazione Deggendorf")	SI		NO	
3 - MODALITA' DI SELEZIONE DEGLI ALLIEVI				
3.1 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				
3.2 Verificare la presenza della Dichiarazione sottoscritta dal CPI/APL di riferimento (DRU)	SI		NO	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>				

3.3 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di presa in carico del NEET	SI		NO		N/A	
3.4 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di avvio di misura del NEET (se sono trascorsi 60 giorni dalla precedente misura)	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
4 – VERIFICA DEI DESTINATARI PER L'ASSUNZIONE						
SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'						
4.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI						
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI ASSUNZIONE	TIPOLOGIA DI CONTRATTO	PRESENZA CONTRATTO FIRMATO	DATA COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA	
4.2 A conclusione delle attività svolte è stato aggiornato il modulo Politica Attiva presente nella Sezione 6 della Scheda Anagrafico Professionale (SAP) dei destinatari?	SI		NO		N/A	
5 - VERIFICA DEL PROGRAMMA DEL CORSO						
5.1 Registri di classe	SI		NO			
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>						
5.2 Verifica della vidimazione registri (ove previsto)	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
6 - VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI PER L'ATTIVITA' FORMATIVA						
6.1 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>						
6.2 Scheda riassuntiva del corso	SI		NO			
6.3 Scheda relativa ai programmi d'insegnamento	SI		NO			
6.4 Scheda riassuntiva del personale docente	SI		NO			
6.5 Scheda riassuntiva del personale non docente	SI		NO			
6.6 Modulistica definitiva al 20%	SI		NO			
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
7 - VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI PRELIMINARI PER GLI ALLIEVI						
7.1 Ricevuta materiale didattico	SI		NO		N/A	
7.2 Elenco materiale didattico	SI		NO		N/A	
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
8 - INFORMAZIONI SUL CORSO, DIDATTICA E PRESENZA						
SEDE DI SVOLGIMENTO DEL CORSO:						
8.1 INFORMAZIONI SUL CORSO						
CORSO	DURATA IN ORE	SVOLGIMENTO DAL - AL	ALLIEVI			
			ISCRITTI	FREQUENTANTI	PRESENTI	CRITICITÀ
ORE DI FORMAZIONE SVOLTE			N. ORE TOTALI			
TEORIA			N. ORE			
PRATICA E/O STAGE			N. ORE			
ALLIEVI DIMESSI			N.			
ALLIEVI SOSTITUITI			N.			
8.2 - DIDATTICA E PRESENZA						
8.2.1 I destinatari delle azioni firmano regolarmente il registro?	SI		NO			
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
8.2.2 Sono stati sbarrati gli spazi per le firme non apposte?	SI		NO			
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
8.2.3 I docenti hanno firmato regolarmente il registro?	SI		NO			
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>						
8.2.4 Il docente presente corrisponde a quello previsto e/o comunicato?	SI		NO			
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						

8.2.5 E' indicato l'orario di svolgimento delle lezioni?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.6 Le attività giornaliere sono descritte chiaramente?	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
8.2.7 Sono riportati puntualmente gli argomenti trattati e le esercitazioni eseguite?	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
8.2.8 L'attività in corso al momento della visita (verifica da effettuare solo in caso di controllo in itinere) corrisponde al calendario didattico?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.9 In caso di assenza, compare sul registro la dicitura "assente" (o ritirato)?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.10 Il numero totale dei presenti viene annotato regolarmente?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.11 Il responsabile del corso visita il registro giornalmente?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.12 Risultano apposte firme e annotazioni del tutor?	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
8.2.13 Sono istituiti i registri per lo stage?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.14 Le firme dei partecipanti sono apposte regolarmente?	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.15 Le attività di stage sono descritte chiaramente?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.16 E' stato apposto il timbro della azienda/ struttura ospitante ?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.17 Risultano apposte firme e annotazioni del tutor stage ?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
8.2.18 L'attività corrisponde al programma previsto per lo stage?	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
8.2.19 Gli allievi sono stati identificati con documento di riconoscimento al momento dell'ispezione? (da verificare solo per il controllo in itinere)	SI		NO		
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
9- VERIFICA REQUISITI PERSONALE IMPIEGATO NEL PROGETTO					
9.1 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					
9.2 Il personale docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto ovvero la corrispondenza dei curriculum dei docenti con la fascia di pertinenza e i moduli formativi erogati?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
9.3 Il personale non docente ha i requisiti richiesti e conformi a quanto previsto dal progetto?	SI		NO		N/A
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
ANNOTAZIONI					
SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE					
10 - VERIFICA CONTABILE					
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE					
10.1 E' stato acceso il conto corrente bancario dedicato alle operazioni, come Istituito di credito	SI		NO		
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
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, con riferimento alle disposizioni del Si.Ge.Co, della manualistica e dell'Avviso di riferimento, da presentare al RdM, indicando i termini per l'invio di 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
N/A	NON APPLICABILE AL CASO DI SPECIE

DATA			
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO			
FIRMA			
NOME DEL FUNZIONARIO INCARICATO			
FIRMA			
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE			
FIRMA			

REGIONE CAMPANIA
PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020
Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA
CHECK LIST - MISURA 3 - VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	
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:

- Le varie sezioni della check list vanno compilate, all'occorrenza, in caso di verifica in itinere e/o ex post.
- La verifica va effettuata controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
---------------------	--

Descrizione della Misura	
Procedura di selezione	
Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione della misura	
Atto di Approvazione	
Inserire la data e gli estremi dell'atto	
Responsabile di Misura	
Responsabile di Attuazione	
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 Misura</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			
Importo liquidato			
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto promotore			
Importo ammissibile (Campionatura al)			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO

1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO						
1.1 Verificare il rispetto degli adempimenti in materia di informazione e pubblicità	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>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>						
Altro (specificare)						
ANNOTAZIONI						
2 - VERIFICA MODALITA' DI SELEZIONE DEI DESTINATARI						
2.1 Verificare la presenza e la conformità presso l'Operatore dell'Allegato 5 "Relazione sulle attività svolte – Misura 3 (cfr. Manuale dei Controlli I Livello)	SI		NO		N/A	
2.2 Verificare l'esistenza e validazione del PIP (Piano di intervento personalizzato)	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>						
2.3 Verificare la presenza del Dichiarazione sottoscritta dal CPI/APL di riferimento (DRU)	SI		NO		N/A	
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>						
2.4 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di presa in carico del NEET	SI		NO		N/A	
2.5 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di avvio di misura del NEET (se sono trascorsi 60 giorni dalla precedente misura)	SI		NO		N/A	

2.6 Verificare la presenza della dichiarazione sostitutiva del NEET e del datore di lavoro ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 sull'assenza di vincoli di parentela o affinità entro il terzo grado.					SI		NO		N/A
ANNOTAZIONI									
3 – VERIFICA DEI DESTINATARI PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO									
SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA'									
3.1 INFORMAZIONI SUI DESTINATARI									
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA PROFILING	DATA DI ASSUNZIONE	PRESENZA CONTRATTO FIRMATO (specificare TIPOLOGIA CONTRATTO)	MANTENIMENTO OCCUPAZIONALE (SI-NO- N/A)	IMPORTO RICONOSCIBILE			
SPESA TOTALE AMMISSIBILE						0,00 €			
3.2 A conclusione delle attività svolte è stato aggiornato il modulo Politica Attiva presente nella Sezione 6 della Scheda Anagrafico Professionale (SAP) dei destinatari?					SI		NO		N/A
SEZIONE IV – VERIFICA CONTABILE									
4 - VERIFICA CONTABILE SOGGETTO PROMOTORE									
VERIFICA DOCUMENTAZIONE CONTABILE									
4.1 Per il riconoscimento del primo 50% della premialità al soggetto all'Operatore, è stata verificata tutta la documentazione richiesta, ovvero la documentazione comprovante l'instaurazione del rapporto di lavoro (Co, Unilav)?					SI		NO		
4.2 E' stata verificata l'erogazione del primo 50% della premialità?									
Istituto di credito									
Numero del c/c									
Importo da estratto conto									
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>									
Dettaglio documenti di accredito verificati									

Ordinativo di pagamento a titolo di premialità					
n.			data		€
Altro (specificare)					
4.3 Per il riconoscimento dell'ulteriore 50% della premialità all'Operatore, è stato verificato il mantenimento del rapporto di lavoro?					
a. mantenimento del rapporto di lavoro per almeno 12 mesi, per i rapporti a tempo indeterminato, apprendistato di I e III livello;					
b. mantenimento del rapporto di lavoro per almeno 6 mesi, per i rapporti a tempo determinato di durata superiore o uguale di 12 mesi, e per l'apprendistato di II livello;					
c. mantenimento del rapporto di lavoro per almeno 3 mesi, per i rapporti a tempo determinato di durata compresa tra 6 e 12 mesi.					
4.4 E' stata verificata l'erogazione del primo 50% della premialità?					
Istituto di credito					
Numero del c/c					
Importo da estratto conto					
<i>In caso di risposta negativa, specificare nel dettaglio</i>					
Dettaglio documenti di accredito verificati					
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità					
n.			data		€
Altro (specificare)					
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, con riferimento alle disposizioni del Si.Ge.Co, della manualistica e dell'Avviso di riferimento, da presentare al RdM, indicando i termini per l'invio di 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		
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE		
FIRMA		

REGIONE CAMPANIA
PAR Campania Garanzia Giovani 2014-2020
Unità per le attività di controllo in loco sulle operazioni cofinanziate dal PAR CAMPANIA
CHECK LIST MISURA 5 - VERIFICA IN LOCO

Data Notifica	
Verifica NR	
Titolo progetto	
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:

- Le varie sezioni della check list vanno compilate, all'occorrenza, in caso di verifica in itinere e/o ex post.
- La verifica va effettuata controllando la documentazione originale, ovvero in copia conforme.

SEZIONE II - ANAGRAFICA DEL PROGETTO

Programma Operativo	
Descrizione della misura	
Procedura di selezione	
<i>Inserire il riferimento al decreto dirigenziale di approvazione della misura</i>	
Atto di Approvazione	
<i>Inserire la data e gli estremi dell'atto</i>	
Convenzione tra Soggetto Promotore e Soggetto Ospitante <i>(indicare estremi)</i>	
Responsabile di Misura	
Responsabile di Attuazione	
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 Misura</i>	
Soggetto Beneficiario/ Soggetto promotore	
Soggetto Ospitante	
Responsabile del progetto	
Destinatari dell'intervento	

DATI FINANZIARI DEL PROGETTO

Importo ammesso a finanziamento			
Importo liquidato			
Importo rendicontato dal beneficiario/soggetto promotore			
Importo ammissibile (Campionatura al)			

SEZIONE III - INFORMAZIONI DI DETTAGLIO

1 - VERIFICA MODALITA' DI PUBBLICIZZAZIONE DELL'INTERVENTO

1.1 Verificare il rispetto degli adempimenti in materia di informazione e pubblicità	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		N/A
<i>In caso di risposta no/in parte specificare nel dettaglio</i>					
2.2 Verificare la presenza della Dichiarazione sottoscritta dal CPI/APL di riferimento (DRU)	SI		NO		N/A
<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)	SI		NO		N/A
2.4 Verificare autocertificazione dello status di NEET alla data di avvio della misura (se sono trascorsi 60 giorni dalla precedente misura)	SI		NO		N/A
2.5 Verificare la presenza della dichiarazione sostitutiva del NEET e del datore di lavoro ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 sull'assenza di vincoli di parentela entro il terzo grado e affini.	SI		NO		N/A
2.6 Verificare l'aggiornamento del modulo Politica Attiva presente nella Sezione 6 della Scheda Anagrafico Professionale (SAP) dei destinatari	SI		NO		N/A
Altro (specificare)					
ANNOTAZIONI					
3-VERIFICA DEL PROGRAMMA DI TIROCINIO E DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI DESTINATARI					

ANNOTAZIONI							
5.2 Dettaglio documenti di accredito verificati							
Ordinativo di pagamento a titolo di premialità							
n.			data		€		
5.3 è stata verificata l'attestazione di avvenuto pagamento dell'indennità mensile di partecipazione a carico del soggetto ospitante?			SI		NO		N/A
Altro (specificare)							
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, con riferimento alle disposizioni del Si.Ge.Co, della manualistica e dell'Avviso di riferimento, da presentare al RdM, indicando i termini per l'invio di 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		
IL RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BENEFICIARIO/SOGGETTO ATTUATORE		
FIRMA		