

Allegato 9 – POS D3**b**

**Verbale di verifica regolare esecuzione di operazioni inerenti accordi tra PA (CPI)**

**RESPONSABILE DEL FONDO FSE…………………………………………………………………….**

**Funzionario incaricato del controllo:………………………………………………………………………………………………**

**Soggetto esterno controllore (se presente): …………………………………………………………………………………………………………………………**

**Data del controllo: ………………………………………………………………..**

**Luogo svolgimento del controllo: …………………………….**

**Referenti per il soggetto attuatore:………………………………….**

**Data richiesta integrazioni:……………………………………………….**

**Data ricezione integrazioni:……………………………………………….**

**Sezione A) Dati identificativi** (da compilare per ogni rendicontazione periodica e finale)

|  |  |
| --- | --- |
| **Asse/Obiettivo specifico/Azione** |  |
| **Titolo dell’intervento/progetto** |  |
| **Beneficiario (Impresa)** |  |
| **CUP** |  |
| **codice mir** |  |
| **Capitoli di Bilancio** |  |
| **Costo Totale Progetto di cui:**   * **Finanziamento a carico del POR** * **Eventuale contributo privato** * **eventuale altre fonti di finanziamento** | € ……,…  € ……,…  € ……,…  € ……,… |
| **Regime di aiuto previsto** |  |
| **luogo di archiviazione della documentazione originale** |  |
| **Rendicontazione del periodo (specificare periodo di riferimento)** |  |
| **Importo rendicontato** | € ………..,... |
| **importo totale sottoposto a verifica** | € ………..,... |
| **elenco giustificativi sottoposti a verifica** |  |
| **esito controllo** | □ REGOLARE  □ IRREGOLARE  □ PARZIALMENTE REGOLARE |

**data e firma del soggetto esterno controllore** (se presente)

**……………………………………………………………………………**

**data e firma del FUNZIONARIO INCARICATO DEL CONTROLLO**

**……………………………………………………………………………**

**data e firma del BENEFICIARIO**

**……………………………………………………………………………**

**Sezione B) controllo amministrativo**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGIONE PUGLIA**  **PO FSE 2014/2020**  **Check list verifica regolare esecuzione di operazioni inerenti “Accordi tra PA - CPI”** | | | | | | |
| **L’applicazione dei punti di controllo di cui alla presente Sezione è utile a rivelare l’eventuale sussistenza dei Meccanismi di frode n. 1 “Oneri salariali imputati”**  **n.2 “Lavoro straordinario non retribuito”**  **n.11 “Imputazione errata dei costi”**  ***(cfr. Nota COCOF 09/0003/00-IT, Allegato 1 “Frodi nei contratti e negli appalti pubblici”)*** | | | | | | |
| **1** | Verifica della documentazione relativa al corretto svolgimento dell'attività conforme alle finalità e ai contenuti del progetto formativo e dalla convenzione. | * progetto * convenzione * programma * altra documentazione relativa alla corretta attuazione del progetto * relazioni sulle attività svolte |  |  |  |  |
| **2** | E' stata verificata l'esistenza e la corrispondenza fisica dell'opera con quanto previsto nel progetto approvato e titoli di spesa ? |  |  |  |  |  |
| **3** | E' stato verificato che i beni o i servizi oggetto del finanziamento siano conformi a quanto previsto dalla normativa comunitaria e nazionale, dal POR FSE dal bando/avviso pubblico di selezione dell’operazione nonché dall'atto di concessione/convenzione/contratto stipulato? |  |  |  |  |  |
| **4** | E' stata verificato il corretto avanzamento ovvero completamento dell'opera in linea con la documentazione presentata dal Beneficiario a supporto della rendicontazione e della richiesta di erogazione del contributo? |  |  |  |  |  |
| **5** | Verificare che gli operatori previsti nei Protocolli d’Intesa sottoscritti siano presenti sul luogo di lavoro |  |  |  |  |  |
| **6** | Verificare che gli operatori non presenti presso rientrino tra quelli autorizzati dalla P.A. ad essere dislocati all’esterno della sede ovvero siano assenti giustificati. | * Autorizzazioni delle PA |  |  |  |  |
| **7** | Verificare l’esistenza presso la sede di strumenti adeguati per la rilevazione delle presenze degli operatori e di richiesta di permessi/ferie. | * Fogli presenze * Moduli richieste permesso/ferie |  |  |  |  |
| **8** | Verificare che le attività svolte dagli operatori siano coerenti con quelle previste | * Relazioni delle attività svolte |  |  |  |  |
| **9** | Verificare che il materiale utilizzato dagli operatori sia coerente e adeguato all’attività svolta/da svolgere. | Materiale utilizzato dagli operatori (questionari, report di attività, ecc.) |  |  |  |  |
| **10** | Verificare, per un campione di operatori, la corretta elaborazione, dei report di presenze mensili individuali | Report di presenze mensili individuale |  |  |  |  |
| **11** | Verificare che gli operatori impegnati in altre attività non istituzionalmente previste dall’Atto di Intesa, abbiano correttamente allocato le ore di lavoro svolte distinguendo le attività in apposito rigo del report di presenze individuali. | Report di presenze mensili individuale |  |  |  |  |
| **12** | verificare che l’operazione sia fisicamente: |  |  |  |  |  |
| **a)** | Ultimata? |  |  |  |  |  |
| **b)** | Se ultimata, è anche fruibile? |  |  |  |  |  |
| **c)** | In corso? |  |  |  |  |  |
| **d)** | Non ancora avviata? |  |  |  |  |  |
| **13** | Il beneficiario in relazione all'operazione ha esposto l'emblema dell'Unione ed un riferimento al Fondo che sostiene l'operazione? |  |  |  |  |  |
| **14** | in caso di verifica sul posto durante l'esecuzione dell'operazione, è fornita sul sito web del beneficiario una breve descrizione dell'operazione comprendente il sostegno finanziario, finalità e risultati attesi? |  |  |  |  |  |
| **15** | in appropriati casi del FSE i partecipanti ad attività formative sono stati informati in merito al finanziamento dell'Unione? |  |  |  |  |  |
| **16** | La targa permanente o il cartellone pubblicitario indica nome e obiettivo principale dell'operazione? |  |  |  |  |  |
| **VERIFICHE INDICATORI** | | | | | | |
| **1** | E' stata verificata la correttezza dei dati relativi agli indicatori e del processo di inserimento di tali dati da parte del beneficiario nel sistema informativo? |  |  |  |  |  |
| **2** | Nel corso della verifica è stata verificata la corretta comprensione dell’indicatore da parte del beneficiario? |  |  |  |  |  |
| **3** | Il partecipante è stato registrato nel MIR una sola volta nell’operazione? |  |  |  |  |  |
| ***Ulteriori verifiche/commenti /integrazioni:*** | |  | | | | |

**data e firma del soggetto esterno controllore** (se presente)

**……………………………………………………………………………**

**data e firma del FUNZIONARIO INCARICATO DEL CONTROLLO**

**……………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI** |
| Il/La sottoscritto/a ……………………………………… nato/a a ……………………………………… il …/…/……, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., con la sottoscrizione del presente verbale DICHIARA sotto la propria responsabilità che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi di cui all’art. 61 del Reg. (UE, EURATOM) n. 1046/2018, all’art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 ss.mm.ii. e al Codice di comportamento dei dipendenti della Regione Puglia approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1423 del 4/7/2014 (a cui anche il personale esterno alla Regione, sottoscrivendo la presente dichiarazione, con particolare riferimento alle disposizioni relative al conflitto di interessi, dichiara di attenersi)”.  Firma  …………………………………………………… |