**-**



Allegato 7 – POS D3**b**

**Verbale di verifica sul posto operazioni inerenti "Erogazione indiretta di voucher"**

**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 |

**Sezione B) Risultanze del controllo**

Indicare se il controllo ha sofferto o meno di alcun tipo di limitazione, se sono state riscontrate non ammissibilità e se sono state riscontrate irregolarità che comportano una revoca del contributo

**esito finale del controllo**

|  |  |
| --- | --- |
| importo rendicontato | € |
| importo controllato | € |
| spese non ammissibili | € |
| spese sospese | € |
| **spese ammesse/importo riconosciuto** | **€** |

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

**……………………………………………………………………………**

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

**……………………………………………………………………………**

**Sezione C) controllo amministrativo – finanziario**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGIONE PUGLIA**  **PO FSE 2014/2020**  **Check-list di verifica sul posto operazioni inerenti "Erogazione indiretta di voucher"** | | | | | | | | | | | |
| **Nr.** | **Attività di controllo** | | **Documenti oggetto del controllo**  **(elenco indicativo)** | | **SI** | **NO** | | **Note** | | | |
| **1** | Verifica che tutte le prescrizioni previste dall’avviso e dalla convenzione per il progetto siano state ottemperate | | * avviso * convenzione | |  |  | |  | | | |
| **2** | Verifica del rispetto della normativa comunitaria e nazionale in materia di pubblicità | | * BURP * sito Regione Puglia * pubblicazione estratti dell'avviso pubblico | |  |  | |  | | | |
| **3** | Verifica della conformità e regolarità dell’esecuzione | | * check list di verifica in loco di conformità e regolarità dell’esecuzione | |  |  | |  | | | |
| **4** | Verifica degli esiti dei controlli di conformità amministrativa effettuati dal Responsabile di sub azione | | * check list di conformità amministrativa del Responsabile di Sub azione | |  |  | |  | | | |
| **5** | Verifica della completezza, della correttezza formale e sostanziale della documentazione richiesta per l’erogazione del voucher | | * domanda di rimborso * fattura o documento equivalente con importo da liquidare contenente il titolo e la durata del corso * dichiarazione delle ore frequentate da tutti gli allievi secondo il modello previsto dall’avviso/convezione * copia conforme all’originale dei registri individuali relativi ai corsi conclusi unitamente ad un’attestazione del lavoratore relativa alle ore frequentate * relazione conclusiva dell’attività svolta * calendario di lavoro consegnato ai destinatari * copia attestati o certificazione di partecipazione rilasciati ai partecipanti | |  |  | |  | | | |
| **6** | Verifica che i soggetti che hanno svolto l’attività formativa per i quali è stato erogato il voucher siano in possesso dei requisiti previsti dall’avviso e/o dalla convenzione. | | * avviso * convenzione * elenco dei nominativi dei soggetti avviati all’attività formativa | |  |  | |  | | | |
| **7** | Verifica che i fruitori del voucher abbiano completato il percorso formativo secondo quanto previsto dall’avviso/convenzione per l’erogazione dell’intero voucher, ovvero che l’importo del voucher sia determinato in funzione delle ore effettivamente frequentate | | * registri individuali/registri presenze * comunicazioni assenze giustificate | |  |  | |  | | | |
| **8** | Verifica della completezza, della correttezza formale e sostanziale dei documenti trasmessi per l’erogazione dell’indennità di servizio (se prevista) | | * richiesta all’ente di formazione dell’erogazione dell’indennità di servizio da parte dell’allievo | |  |  | |  | | | |
| **9** | Verifica che l’attività di formazione sia stata avviata nei tempi previsti dall’avviso e/o dalla convenzione | | * avviso * convenzione * comunicazione avvio attività ed eventuali relativi allegati | |  |  | |  | | | |
| **10** | Verifica che il calendario delle attività formative sia stato trasmesso nei termini e secondo le modalità previste nell’avviso e/o nella convenzione | | * avviso * convenzione * calendario delle attività formative | |  |  | |  | | | |
| **10 A)** | Verificare la corretta tempistica di acquisizione/attivazione del servizio | |  | |  |  | |  | | | |
| **10B)** | Verificare il raggiungimento degli obiettivi da parte dei destinatari dei voucher. | |  | |  |  | |  | | | |
| **10 C)** | Verificare la maturazione da parte del destinatario dei voucher del numero minimo di presenze previsto ai fini della liquidazione dell'importo del voucher | |  | |  |  | |  | | | |
| **11** | Verifica che i documenti giustificativi siano contraddistinti da apposita timbratura, con indicazione del cofinanziamento dell’operazione a valere sul PO FSE Puglia 2014/2020 | | * attestato di pagamento rilasciato dall’ente formativo * bonifico bancario | |  |  | |  | | | |
| **12** | Verifica che le spese siano state sostenute nel periodo di ammissibilità previsto dal PO, e dall’avviso. | | * PO * Avviso * Documenti contabili di valore probatorio | |  |  | |  | | | |
| **13** | Verifica dell’esattezza e corrispondenza dell’erogazione del contributo da parte del Servizio ragioneria con il contributo spettante al Destinatario | | * mandati/ordini di pagamento quietanzati * avviso pubblico | |  |  | | | |  | |
| **13 A)** | Verificare assenza di segnalazioni negative da parte dei destinatari da cui si possono rinvenire informazioni che potrebbero comportare la revoca dei voucher assegnati | |  | |  |  | | | |  | |
| **13 B)** | Verifica presenza irregolarità ai sensi dell’art. 2, comma 36, del Reg. (UE) 1303/13 | |  | |  |  | | | |  | |
| **14** | Verifica della correttezza e completezza dei mandati di pagamento (rispetto dei tassi di partecipazione finanziaria previsti dal PO FSE Puglia 2014/2020, imputazione della spesa a specifici capitoli di bilancio etc…) | | * impegno definitivo di spesa * mandati/ordini di pagamento | |  |  | | | |  | |
| **15** | Verifica degli avvenuti pagamenti mediante quietanza | | * dichiarazioni di quietanza * mandati/ordini di pagamento quietanzati * bonifico/assegno | |  |  | | | |  | |
| **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? | |  |  | |  | |  | |

**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  ……………………………………………………  < |