Allegato 8 – POS D3**b**

**Verbale di verifica sul posto per le 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 |

-

**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 verifica sul posto per le 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”)*** | | | | | | |
| **Nr.** | **Attività di controllo** | | **Documenti oggetto del controllo**  **(elenco indicativo)** | **SI** | **NO** | **Note** |
| **1** | Verificare che l’ Atto d’intesa tra Regione e P.A. redatto sulla base del modello in vigore | | * Atto d’intesa |  |  |  |
| **2** | Verificare che Protocollo d’Intesa tra P.A. ed Enti datoriale sia uniforme a quello approvato congiuntamente dalle P.A.- c.d. Protocollo Unico. | | * Protocolli d’Intesa |  |  |  |
| **3** | Verificare che i nominativi degli operatori indicati nell’elenco contenuto o allegato al Protocollo d’Intesa di cui al punto **2**, corrispondano a quelli indicati nel prospetto riepilogativo mensile delle competenze di cui al punto relative agli operatori impiegati presso i C.P.I., in formato elettronico e cartaceo, per ciascun ente datoriale | | * Protocolli d’Intesa * Prospetto riepilogativo mensile delle competenze |  |  |  |
| **4** | Verifica del Progetto Esecutivo finanziario consegnato dalla P.A. che costituisce l’impegno di spesa annuale | | * Atto di Intesa * Progetto Esecutivo finanziario annuale che costituisce l’impegno definitivo di spesa |  |  |  |
| **5** | Verificare che per il calcolo del costo orario per ciascun operatore e per ciascun ente datoriale e che i prospetti di calcolo siano correttamente e debitamente sottoscritti e corredati da copia del libro unico del mese di dicembre dell’anno precedente e dagli estremi del pagamento dell’IRAP dell’anno precedente nonché dalla dichiarazione Irap, se è stata quantificata nei prospetti di calcolo del costo orario. | | * Prospetto di calcolo del costo orario * Copia Libro Unico del lavoro mese di dicembre dell’anno precedente * Estremi del pagamento dell’IRAP dell’anno precedente e dichiarazione Irap |  |  |  |
| **6** | Verificare che eventuali modifiche del costo orario in corso d’anno siano state previamente comunicate alla P.A. dall’ente datoriale. | | * Prospetto di calcolo del costo orario * Copia Libro Unico del lavoro mese di dicembre dell’anno precedente * Estremi del pagamento dell’IRAP dell’anno precedente |  |  |  |
| **7** | Verificare che i nominativi degli operatori per i quali sono stati predisposti i prospetti di calcolo del costo orario di cui al punto **5** siano gli stessi indicati nel prospetto riepilogativo mensile delle competenze di cui al punto **3.** | | * Prospetto di calcolo del costo orario * Prospetto riepilogativo mensile delle competenze |  |  |  |
| **8** | Verificare la correttezza del calcolo del costo orario per operatore (livelli professionali contrattuali ammissibili, elementi della retribuzione ammissibili, ecc.). | | Prospetto di calcolo del costo orario |  |  |  |
| **9** | Verificare, in formato cartaceo ed elettronico, i report di presenze mensili individuali per ciascun operatore e i report riepilogativi delle presenze mensili totali e dei costi fatturati redatti sui modelli | | * Report di presenze mensili individuali * Report riepilogativo delle presenze mensili totali e dei costi fatturati |  |  |  |
| **10** | Verificare che i report di presenze mensili individuali e i report riepilogativi delle presenze mensili totali e dei costi fatturati, siano stati correttamente compilati nei contenuti e negli importi . | | * Report di presenze mensili individuali * Report riepilogativo delle presenze mensili totali e dei costi fatturati |  |  |  |
| **11** | Verificare in formato cartaceo ed elettronico i prospetti mensili di calcolo del costo non a carico ente datoriale, redatti per ciascun operatore sui modelli | | * Prospetto mensile di calcolo del costo non a carico ente datoriale professionale * Libro Unico del Lavoro e DM 10. |  |  |  |
| **12** | Verificare che i prospetti mensili di calcolo del costo non a carico ente datoriale siano stati correttamente compilati nei contenuti e negli importi. | | Prospetto mensile di calcolo del costo non a carico ente datoriale |  |  |  |
| **13** | Verificare le seguenti fatture degli enti datoriali:   1. Fatture mensili di addebito dei costi degli operatori 2. Fatture mensili di addebito dei buoni pasto 3. Fatture di addebito dei costi per polizze fideiussorie sottoscritte | | Fatture enti datoriali |  |  |  |
| **14** | Verificare che gli importi delle fatture di cui al punto **13 lett. a)** siano stati determinati in base alle modalità previste negli Atti di Intesa | | * Fatture mensili di addebito dei costi degli operatori |  |  |  |
| **15** | Verificare la corrispondenza tra l’importo indicato nelle fatture di cui al punto **13 lett. a)** e l’importo rappresentato nei report riepilogativi delle presenze mensili totali e dei costi fatturati di cui al punto **9** | | * Fatture mensili di addebito dei costi degli operatori * Report riepilogativi delle presenze mensili totali e dei costi fatturati |  |  |  |
| **16** | Verificare la corrispondenza tra le Determine di liquidazione delle fatture di cui al punto **13** agli enti datoriali e i mandati della Ragioneria della P.A. con indicazione del conto di Tesoreria dedicato. | | * Determine di liquidazione delle fatture mensili agli Enti datoriali * Mandati della P.A. |  |  |  |
| **17** | Verificare l'esistenza, presso il Beneficiario, della documentazione giustificativa della spesa effettivamente sostenuta, in copia conforme agli originali disponibili presso le sedi degli datoriali, previa apposizione del timbro “Regione Puglia FSE 2014-2020” da parte degli Enti datoriali, di seguito dettagliata, nonché di altra documentazione giustificativa di spesa specificata nei punti **17.6, 17.7 e 17.8.** | | * Documentazione giustificativa di spesa |  |  |  |
|  | **17.1** | Verificare che il Libro Unico del lavoro riporti anche l’elenco degli operatori indicati nel prospetto riepilogativo delle competenze di cui al punto **3** e riporti l’ autorizzazione INAIL. | * Libro Unico del lavoro * elenco operatori allegato al Protocollo d’Intesa tra P.A. ed ente datoriale |  |  |  |
|  | **17.2** | Verificare la documentazione attestante l’avvenuto pagamento delle competenze nette (bonifico bancario e/o e/c bancario) agli operatori impiegati nei C.P.I..In caso di pagamento cumulativo di tutti i dipendenti dell’Ente datoriale, dovrà essere prodotto un prospetto esplicativo analitico, in cui si dettagli l’ammontare delle competenze nette pagate a ciascun operatore impiegato presso l’Ente datoriale, all’interno del quale possano essere tracciate le somme di competenza degli operatori impiegati nei C.P.I., oggetto di rendicontazione. | * Documentazione di pagamento * Prospetto esplicativo analitico |  |  |  |
|  | **17.3** | Verificare F24 quietanzati dedicati ovvero corredati di prospetto esplicativo analitico in cui si dettagli l’ammontare delle ritenute e gli oneri sociali pagati per ciascun operatore impiegato presso l’Ente datoriale, all’interno del quale possano essere tracciate le somme di competenza degli operatori dei C.P.I. oggetto di rendicontazione. | * F 24 quietanzati e ricevuta telematica di presentazione * Prospetto esplicativo analitico |  |  |  |
|  | **17.4** | Verificare DM 10 dedicati ovvero prospetto esplicativo analitico, in cui si dettagli l’ammontare degli oneri contributivi per ciascun operatore impiegato presso l’Ente datoriale, all’interno del quale possano essere tracciate le somme di competenza degli operatori dei C.P.I. oggetto di rendicontazione. | * DM 10 e ricevuta telematica di presentazione * Prospetto esplicativo analitico |  |  |  |
|  | **17.5** | Verificare la documentazione giustificativa dei costi sostenuti da parte dell’ente datoriale relativamente alle polizze fideiussorie stipulate. | * Polizza fideiussoria * Documentazione di pagamento polizza fideiussoria |  |  |  |
|  | **17.6** | Verificare che i nominativi inseriti nell’elenco nominativo degli operatori ai quali sono stati erogati i buoni pasto, siano i medesimi indicati nel prospetto riepilogativo delle competenze di cui al punto **3.** | * Elenco nominativo fruitori buoni pasto siglato per ricevuta dagli stessi per avvenuto ricevimento (con evidenza dei nominativi degli operatori impiegati nei C.P.I.). |  |  |  |
|  | **17.7** | Verificare il Tabulato nominativo del TFR (con evidenza degli operatori impiegati nei C.P.I.) accompagnato dalla documentazione contabile attestante l’avvenuta iscrizione in contabilità del relativo costo. | * Tabulato nominativo TFR * Documentazione contabile comprovante l’iscrizione del costo in bilancio (schede di contabilità generale). |  |  |  |
|  | **17.8** | Verificare, per gli enti con un organico superiore a 50 dipendenti, l’avvenuto versamento del TFR al Fondo tesoreria INPS o altre previdenze integrative. | * F 24 quietanzato e ricevuta telematica di presentazione o altra documentazione di pagamento |  |  |  |
| **18** | Verificare che le polizze fideiussorie sottoscritte dagli enti datoriali per le quali sono stati rendicontati i relativi costi siano state stipulate sui modelli. | | * Polizze Fideiussorie |  |  |  |
| **19** | Verificare che tutti i pagamenti siano stati effettuati e documentati in conformità alla normativa vigente per la tracciabilità dei flussi finanziari (ex art.2 -3 Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive modificazioni). | | * Documentazione prevista dalle procedure prescritte dalla P.A. in merito alla tracciabilità dei flussi finanziari |  |  |  |
| **20** | Verificare che le spese siano state sostenute nel periodo di ammissibilità previsto dall’Atto d’Intesa e del PO | | * PO * Atto di Intesa Istituzionale sottoscritto * Determine, mandati di cui al punto **16** * documentazione giustificativa della spesa effettivamente sostenuta dagli enti datoriali |  |  |  |
| **21** | Verificare che i giustificativi di spesa e la restante documentazione pertinente sia organizzata, conservata ed esibita alle PA dagli Enti datoriali, con riferimento all’attività oggetto di finanziamento in base al principio della “contabilità separata”. | | * Fascicolo di spesa ordinato per Ente datoriale |  |  |  |
| **22** | Verificare la corretta registrazione dei documenti di spesa nella contabilità generale dell’ente datoriale | | * Contabilità Generale ente datoriale |  |  |  |
| **23** | Verificare che tutte le disposizioni contenute nelle disposizioni attuative siano state rispettate in sede di rendicontazione dei costi | | * Disposizioni attuative regionali |  |  |  |
| **24** | Verificare il rispetto delle norme di informazione e pubblicità | | * Documentazione relativa all’attuazione dell’intervento (questionari, interviste scritte, report di attività, ecc.) |  |  |  |
| 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  …………………………………………………… |