







AGENZIA REGIONALE TOSCANA PER L'IMPIEGO PROGRAMMA OPERATIVO COMPLEMENTARE AL PON "SISTEMI DI POLITICHE ATTIVE PER L'OCCUPAZIONE" 2014-2020– POC SPAO

CHECK-LIST VERIFICA IN LOCO

ANAGRAFICA OPERAZIONE	
Titolo	
Codice SIGMAPOC SPAO	
Codice locale progetto	
CUP	
Beneficiario	
Importo ammesso a finanziamento	€,
Stato di attuazione operazione	□ In corso
	□ Concluso
IDENTIFICATIVO DOMANDA DI RIMBORSO	n.
Data presentazione DdR (SIGMA _{POC SPAO})	
Importo DdR	€,
Periodo di riferimento della DdR	da// a//
Importo rendicontato alla data del/_/ (cumulato)	€,









N	Attività di controllo	Esito controllo Positivo (regolare), Negativo (non regolare), Non applicabile (*)	Estremi documentazione controllata (**)	Commenti (**)
1	È stata verificata l'effettiva realizzazione del servizio?	□ regolare □ non regolare □ non applicabile		
2	È stato verificato che lo stato di avanzamento o del completamento dell'attività progettuale del finanziamento, corrisponda alla documentazione presentata dal Beneficiario a supporto della rendicontazione e della richiesta di rimborso?	□ regolare □ non regolare □ non applicabile	Domanda di rimborso e documentazione a corredo	
3	È stato verificato che i servizi oggetto del finanziamento siano conformi a quanto previsto dalla normativa UE e nazionale, dal Programma, nonché dalla Convenzione stipulata tra Amministrazione Titolare del Programma/Organismo Intermedio e dal contratto con il soggetto attuatore?	□ regolare □ non regolare □ non applicabile	Convenzione Amministrazione Titolare del Programma/OI Contratto con soggetto attuatore	
4	È stata verificata la corretta alimentazione degli indicatori relativi al progetto?	□ regolare □ non regolare □ non applicabile	Sistema Informativo SIGMA _{POC SPAO} Altra documentazione pertinente	
5	È stato verificato il rispetto degli obblighi in materia di informazione e pubblicità?	□ regolare □ non regolare □ non applicabile	Fascicolo di progettoSito internetPubblicazioni	
6	È stata verificata la conservazione e archiviazione della documentazione afferente al progetto, in termine di sussistenza, correttezza e completezza, presso la sede del Beneficiario (e/o quella dei servizi territoriali competenti), nonché all'interno del sistema informativo SIGMA _{POC SPAO} , in originale o nei formati previsti dalla normativa vigente?	□ regolare □ non regolare □ non applicabile	Fascicolo di progetto	

^{1(*)} La compilazione di questa sezione è obbligatoria. (**) La compilazione di questa sezione non è obbligatoria.









ESITO DELLA VERIFICA:	□ Positivo
	□ Parzialmente positivo
	□ Negativo
Importo controllato	€,
Importo ammissibile	€,
Importo non ammissibile	€,
Importo sospeso (in attesa chiusura contraddittorio)	€,
RACCOMANDAZIONI/OSSERVAZIONI	
RESPONSABILE DEL CONTROLLO	firma
DATA ANNO MEDICA	. , ,
DATA AVVIO VERIFICA	
DATA CONCLUSIONE VERIFICA	/