



Index

SEZ. 1 - Verbale di Verifica documentale

SEZ. 2 - Anagrafica Progetto selezionato

SEZ. 3 - Controlli effettuati da altri Organismi

SEZ. 4 - Verifica Procedurale Contabile

SEZ. 5 - Monitoraggio della spesa



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per le Risorse Finanziarie
U.O.D. STAFF - Funzioni di supporto Tecnico Operativo - Autorità Contabile
50-13-95 - FSE+ 2021-2027

Verbale di Verifica documentale
PR FSE + 2021 /2027
del _____

Asse:
Obiettivo Operativo Specifico:
Dichiarazione di spesa :
Dirigente R.O.S.:
Codice Locale SURF :
CUP:
Titolo intervento:
Tipologia di operazione:
Modalità attuativa:
Beneficiario/ Soggetto attuatore:

Costo totale da ammissione a finanziamento:
Importo dichiarato dal ROS nella battuta di certificazione:
% sottoposta a controllo:
Responsabile del procedimento :

Istruttore della verifica A.C.:
Responsabile procedimento regionale:
Risultanze della verifica:
Allegato: Check list di verifica

SEZ. 1 - ANAGRAFICA**1.1 - Dati identificativi verifica intervento**Data verifica Responsabile Unità Controlli A.C. Battuta di Certificazione/n.
DdP Anno contabile **1.2 - Dati identificativi intervento**Codice locale: Ob. Specifico/
azione Responsabile azione (ROS) Beneficiario/
Soggetto attuatore/O.I. Titolo/breve
descrizione Modalità attuativa Codice Cup Progetto transitato da altra fonte di finanziamento Co- finanziamento

Tipologia:

Regime contrattuale Regime concessorio Affidamento in house **1.2 b - Dati identificativi intervento**Aiuti di Stato De Minimis ex Reg. (UE) n. 651/2014* Verifica del rispetto delle regole sul cumulo degli aiuti pubblici ex Regolamento UE n. 651/2014 del 26 giugno 2014 e s.m.i. (*) **1.3 - Dati finanziari intervento campionato**Importo da ammissione a finanziamento Importo incrementale dichiarato
nella battuta di certificazione ROS Costo totale Intervento Importo incrementale verbale controllo di I Livello Importo certificato cumulato complessivo Importo certificato cumulato anno contabile

SEZ. 2 - Controlli

Verifica: Esito controlli effettuati da altri Organismi

2.1 Controlli di Primo livello (*)

Verifica di I Livello Esito Controllo in loco Esito

Eventuali criticità accertate

2.2 CONTROLLI ADA - audit delle operazioni/audit di sistema (*)

Data controllo Esito

Estremi protocollo verbale definitivo

2.3 - Audit CE

Riferimento audit CE

Data controllo Esito

Eventuali criticità accertate

2.4 - Risultanze verifiche

Tipologia verifica Estremi verifica

Risultanze verifica

Irregolarità accertate

Rettifica finanziaria

Note:

(*) La verifica fa riferimento alla validazione delle spese per la predisposizione della domanda di pagamento in corso.

(*) L'audit a cui riferirsi è quello dell'anno contabile precedente - verificare se ci sono criticità accertate sull'intervento e già segnalate .

(*) In caso di esito parzialmente positivo e/o negativo, indicare eventuali rettifiche finanziarie .

SEZ. 3 - Verifica procedura Contabile

Obiettivo: Verificare l'iter procedurale di archiviazione, accertando che il Fascicolo di Progetto contenga, ove ricorrono, i seguenti atti:

	Punto di controllo	Atto	n.	Data	Importo	Presenza atto			Note
						SI	NO	N/A	
Regione Campania	Programmazione/Bando/Avviso								
	Ammissione a finanziamento								
	Impegno								
	Disimpegno								
	Importo riparametrato								
	I Liquidazione								
	II Liquidazione								
	III Liquidazione (*)								
	Liquidazione Saldo								
	Totale Liquidato								
Beneficiario	Sistema di contabilità separata (*)								
	(*) Dichiarazione Beneficiario Doppio Finanziamento								
	Attestazione delle spese effettivamente sostenute e quietanzate nel periodo di riferimento								

(*) Nel caso ci siano ulteriori informazioni sui dati contabili - inserire righe

(*) conto corrente dedicato Beneficiario

(*) Cfr. "Manuale di attuazione" - Paragrafo - 2.7 Pg. 33 Rif. "beneficiario abbia compilato la dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese oggetto di rendicontazione" .

Sez. 4 Monitoraggio della spesa

Documentazione relativa a procedura di evidenza pubblica (*)

Atto	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Presenza atto			Note
						SI	NO	N/A	
CUP	<input type="text"/>	CIG	<input type="text"/>						

Atto di impegno

Atto	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Importo	<input type="text"/>				

Atto di liquidazione

Atto	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
Importo	<input type="text"/>				

Documento di Spesa

Intestatario	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	Presenza atto			Note
						SI	NO	N/A	
Codice Fiscale/Partit	<input type="text"/>	Causale	<input type="text"/>			CUP			Note
						SI	NO	N/A	
Imponibile	<input type="text"/>	Iva	<input type="text"/>	Totale Lordo	<input type="text" value="0,00"/>	Periodo di ammissibilità			Note
Esposto	<input type="text" value="€ 0,00"/>	Ammissibile	<input type="text"/>	CIG	<input type="text"/>	01/01/21-31/12/29			

Ordinativo di Pagamento

Intestatario	<input type="text"/>	Data emissione	<input type="text"/>	Data quietanza	<input type="text"/>
Numero	<input type="text"/>	Cup	<input type="text"/>	Cig	<input type="text"/>
Esposto	<input type="text"/>	Ammissibile	<input type="text"/>		

DURC

Numero	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	N/A	<input type="text"/>
--------	----------------------	------	----------------------	-----	----------------------

Documentazione attestante la regolarità dell'esecuzione dei servizi

Indicazione	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	N/A	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------	-----	----------------------

(*) Replicare i punti di verifica per ogni CIG
 (*) Ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. 445/2000

Sez. 4 Monitoraggio della spesa del Beneficiario dell'Aiuto

Documento di Spesa					Presenza atto			Note	
					SI	NO	N/A		
Intestatario	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Numero	<input type="text"/>	CUP			Note
Codice Fiscale/Partita	<input type="text"/>	Causale	<input type="text"/>			SI	NO	N/A	
Imponibile	<input type="text"/>	Iva	<input type="text"/>	Totale Lordo	<input type="text" value="0,00"/>	Periodo di ammissibilità 01/01/21-31/12/29			Note
Esposto	<input type="text" value="€ 0,00"/>	Ammissibile	<input type="text"/>	CIG	<input type="text"/>				
Ordinativo di Pagamento									
Intestatario	<input type="text"/>	Data emissione	<input type="text"/>	Data quietanza	<input type="text"/>				
Numero	<input type="text"/>	Cup	<input type="text"/>	Cig	<input type="text"/>				
Esposto	<input type="text"/>	Ammissibile	<input type="text"/>						
Documentazione attestante la regolarità dell'esecuzione dei servizi									
Indicazione atto	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	N/A	<input type="text"/>				
(*) Replicare i punti di verifica per ogni CIG									
(*) Ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. 445/2000									

Esito

Il Funzionario responsabile