|  |
| --- |
| **Programma di Sviluppo Rurale 2014-2022**  **Regolamento di esecuzione (UE) n. 809/2014**  **Misura 6 – Sottomisura 6.1 – Operazione 6.1.01** |

**RELAZIONE DEL CONTROLLO EX-POST**

**ORGANISMO DELEGATO AL CONTROLLO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sezione 1 – Dati relativi alle domande e al beneficiario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero della domanda di pagamento del saldo** |  |
| **CUAA** |  |
| **Ragione Sociale** |  |
| **CUP** |  |
| **Importo contributo ammesso (totale anticipo-sal-saldo)** |  |
| **Tipologia di estrazione del campione per controllo ex-post** | **RISCHIO/RANDOM** |

**Sezione 2 – Dati relativi all’organismo che effettuata il controllo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Organismo Delegato** |  |
| **Funzionario Incaricato al controllo**  **(indicare cognome e nome, Ufficio/Struttura, Qualifica, Estremi dell’incarico)** |  |
| **Funzionario/Dirigente supervisore** |  |

**Sezione 3 – Descrizione del controllo svolto**

|  |
| --- |
| **Fanno parte integrante della relazione di controllo i seguenti documenti:**   * **Check list dei controlli documentali ex post** * **Verbale visita in situ per controllo ex post** * **Altra documentazione di seguito elencata:** |

**Sezione 4 – Esito del controllo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Controllo con esito** | * Positivo * Negativo |
| **Eventuali note** (indicare se è necessario applicare eventuali riduzioni, il relativo importo e il controllo da cui derivano) |  |

**Sezione 5 – Firme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data e Firma degli incaricati al controllo** |  |
| **Data e Firma del funzionario/dirigente supervisore** |  |

|  |
| --- |
| **Programma di Sviluppo Rurale 2014-2022**  **Regolamento di esecuzione (UE) n. 809/2014**  **Misura 6 – Sottomisura 6.1 – Operazione 6.1.01** |

**CHECK LIST DEI CONTROLLI DOCUMENTALI EX POST**

**ORGANISMO DELEGATO AL CONTROLLO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sezione 1 – Dati relativi alla domanda e al beneficiario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero della domanda di pagamento del saldo** |  |
| **CUAA** |  |
| **Ragione sociale** |  |

**Sezione 2 – verifica del mantenimento degli impegni**

| **Verifica Impegni Essenziali** |
| --- |

| **RIF.** | **CONTROLLO PREVISTO** | **SI/NO/NP** | **MODALITA’ DEL CONTROLLO** | **EVIDENZE/NOTE** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IM\_001 | Il beneficiario ha mantenuto l’insediamento nell’azienda, in qualità di titolare o legale rappresentante, assumendo tutte le decisioni organizzative gestionali e la responsabilità di tutte le obbligazioni relative alla gestione dell'impresa o della società, per almeno 5 anni a partire dalla data di pubblicazione sul BURL del provvedimento di ammissione a finanziamento della domanda di premio |  |  |  |
| IM\_002 | Nel caso di insediamento nell'ambito di una società di persone, tutti i partecipanti alla società hanno mantenuto congiuntamente il controllo dell'azienda |  |  |  |
| IM\_003 | Nel caso di insediamento nell'ambito di una società di capitali, il contratto societario ha durata almeno sino alla scadenza dei 5 anni successivi alla data di pubblicazione sul BURL del provvedimento di ammissione a finanziamento della domanda di sostegno |  |  |  |
| IM\_004 | Nel caso di insediamento nell'ambito di una società cooperativa, lo Statuto ha durata almeno sino alla scadenza dei 5 anni successivi alla data di pubblicazione sul BURL del provvedimento di ammissione a finanziamento della domanda di sostegno |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verifica Impegni Accessori** | | | | | | | | |
| **RIF.** | **GRUPPO DI IMPEGNI** | **CONTROLLO PREVISTO** | **SI/NO/NP** | **MODALITA’ DEL CONTROLLO** | **GRAVITÀ** | **ENTITÀ** | **DURATA** | **IDV** |
| IM\_005 | 1 | Sono state rispettate le norme in materia di igiene e sicurezza dei lavoratori. Il mancato rispetto delle norme è documentato da esito negativo trasmesso dalla ATS a seguito dei controlli effettuati |  |  |  |  |  |  |

**Sezione 3 – Altre verifiche ex post**

| **N.** | **CONTROLLO PREVISTO** | **SI/NO/NP** | **MODALITA’ DEL CONTROLLO** | **EVIDENZE/NOTE** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Non sono stati percepiti premi analoghi attraverso altre fonti di aiuto |  |  |  |
| 2 | L’investimento finanziato, nei 10 anni successivi alla comunicazione della concessione del saldo in caso di opere e impianti fissi e 5 anni in caso di dotazioni, non ha subito modifiche sostanziali che:  • ne alterino la destinazione d’uso, la funzionalità o il costante utilizzo;  • ne determinino la cessazione o la rilocalizzazione in aziende diverse da quella iniziale. |  |  |  |
| 3 | I pagamenti effettuati dal beneficiario sono stati effettivamente e correttamente finalizzati, ossia i costi dichiarati non sono stati oggetto di sconti, ribassi, restituzioni, tranne in casi di contributi in natura o di importi forfettari |  |  |  |
| 4 | L’investimento realizzato non è stato finanziato in maniera irregolare con fondi di origine nazionale o comunitaria, ossia non sia oggetto di doppio finanziamento. |  |  |  |

**Sezione 4 – Annotazioni relative al controllo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Eventuali note** (nel caso di violazione di uno o più impegni accessori occorre indicare la percentuale di riduzione da applicare) |  |

**Sezione 5 – Firme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data e Firma degli incaricati al controllo** |  |
| **Data e Firma del funzionario/dirigente supervisore** |  |

|  |
| --- |
| **Programma di Sviluppo Rurale 2014-2022**  **Regolamento di esecuzione (UE) n. 809/2014**  **Misura 6 – Sottomisura 6.1 – Operazione 6.1.01** |

**VERBALE VISITA IN SITU PER CONTROLLO EX POST**

**ORGANISMO DELEGATO AL CONTROLLO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sezione 1 – Dati relativi alla domanda e al beneficiario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero della domanda di pagamento del saldo** |  |
| **CUAA** |  |
| **Ragione sociale** |  |
| **Luogo della visita in situ (indicare se presso sede legale o presso sede dell’azienda)** |  |

**Sezione 2 – Dati relativi all’esecuzione della visita in situ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preavviso** | | * Si * No |
| **Modalità di preavviso** | |  |
| **Data di preavviso** | |  |
| **Data visita in situ** | |  |
| **Visita in situ effettuata** | | * Si * No |
| **Visita in situ non effettuata** | | * Causa di forza maggiore * Irreperibilità del beneficiario * Irreperibilità della sede * Altre cause imputabili al beneficiario |
| **NOTE** |  | |

**Sezione 3 – Persone presenti alla visita in situ per controllo ex post**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e Cognome Funzionario presente dell’OD controllore** |  |
| **Persona presente in rappresentanza dell’azienda controllata.** |  |
| * **Cognome e nome** |  |
| * **Qualifica (rappresentante legale, tecnico delegato…)** |  |
| * **Tipologia documento di riconoscimento** |  |
| * **Numero documento di riconoscimento** |  |
| * **Scadenza documento di riconoscimento** |  |
| * **Qualora delegato, presenza e validità delega** | * **Si** * **No** |
| **Altre persone presenti (indicare nome e qualifica)** |  |

**Sezione 4 – Descrizione intervento**

*Riportare descrizione sintetica dell’intervento verificato in sopralluogo*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sezione 5 – verifiche effettuate in situ**

| **Verifica Impegni Essenziali** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIF.** | **CONTROLLO PREVISTO** | **SI/NO/NP** | **MODALITA’ DEL CONTROLLO** | **EVIDENZE/NOTE** |
| IM\_006 | Il beneficiario ha consentito il regolare svolgimento dei controlli amministrativi, dei controlli in loco e delle visite in situ effettuati dai soggetti incaricati al controllo |  |  |  |

**Sezione 6 – Altre verifiche ex post**

| **N.** | **CONTROLLO PREVISTO** | **SI/NO/NP** | **MODALITA’ DEL CONTROLLO** | **EVIDENZE/NOTE** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | Gli obiettivi indicati nel Piano aziendale non verificabili durante la visita “in situ” per l’erogazione del saldo sono adesso stati raggiunti. |  |  |  |

**Sezione 7 – Annotazioni della visita in situ per controllo ex-post**

|  |
| --- |
| **Eventuali note del controllore** |
| **Eventuali osservazioni da parte del beneficiario/delegato** |

**Sezione 8 – Firme**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA E FIRMA DEL BENEFICIARIO O DEL DELEGATO PRESENTE AL CONTROLLO CHE ATTESTA DI AVER PRESENZIATO AL CONTROLLO E DI AVER RICEVUTO COPIA DEL PRESENTE VERBALE |  |
| DATA E FIRMA DEL FUNZIONARIO CONTROLLORE |  |

NOTA:  
1 – il presente verbale di visita in situ per controllo ex post è parte integrante della relazione di controllo che il funzionario controllore invierà tramite pec al beneficiario e all’Organismo Pagatore Regionale.

2 – Una copia del presente verbale è consegnata al beneficiario contestualmente alla chiusura della visita in situ per controllo ex post.