PR FSE+ ABRUZZO 2021-2027

**CHECK LIST PER LE VERIFICHE IN LOCO**

**(operazioni in regime concessorio)**

UCS BORSE DI STUDIO UNIVERSITARIE - ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI A PERSONE A CUI SI APPLICA IL SISTEMA DEI COSTI UNITARI STANDARD

|  |  |
| --- | --- |
| **ANAGRAFICA** | |
| **ID Scheda di Intervento** |  |
| **Denominazione Scheda Intervento** |  |
| **Operazione finanziata** | □ Costi reali □ Opzioni Semplificate in materia di Costi (*specificare*)[[1]](#footnote-1): |
| **Regime di Aiuto (se pertinente)** | □ *De minimis* □ In esenzione □ Aiuto Notificato |
| **Tipologia di Aiuto (se pertinente)[[2]](#footnote-2)** |  |
| **Priorità** |  |
| **Obiettivo specifico** |  |
| **Azione** |  |
| **Titolo Operazione** |  |
| **Soggetto Attuatore/Beneficiario** |  |
| **Struttura Responsabile Attuazione** |  |
| **CUP** |  |
| **CODICE LOCALE** |  |
| **Sede svolgimento operazione** |  |
| **Data di Avvio operazione** |  |
| **Data di fine operazione (effettiva/prevista)** |  |
| **Tipologia di controllo** | □ In Itinere □ Ex post |
| **Importo totale ammesso a finanziamento** |  |
| **(In caso di aiuti specificare) Importo ammesso a finanziamento sul PR** |  |
| **(In caso di aiuti specificare) Cofinanziamento privato** |  |
| **Importo liquidato** |  |
| **Campionatura al …...................come da verbale di estrazione operazioni** | |
| **Importo relativo a:** Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. Prot\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Anticipo □ Dimostrazione delle spese sostenute con l’anticipo  □ Primo Pagamento a rimborso □ Domanda di rimborso n.\_\_ □ Domanda di rimborso a Saldo | |
| **Verifica effettuata in data:** |  |
| **Controllore di I Livello incaricato** |  |
| **Verifica effettuata alla presenza di** |  |
| **in qualità di** |  |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERIFICHE AMMINISTRATIVE/CONFORMITÀ E REGOLARITÀ DELL’ESECUZIONE** | | |
| **VERIFICA** | **ESITO[[3]](#footnote-3)** | **NOTE** |
| Verifica controlli effettuati dall’ADSU dei requisiti di merito autocertificati da ciascun borsista ai sensi del DPR 445/00 e richiesti per il riconoscimento della UCS prevista nell'atto di approvazione della graduatoria\* |  |  |
| Verifica controlli effettuati dall’ADSU dei requisiti di reddito (ISEE) autocertificati dal borsista ai sensi del DPR 445/00 (su campione dei borsisti) tramite consultazione della banca dati Sistema Informativo ISEE (SII) dell'INPS o banca dati della Agenzia delle Entrate\* |  |  |
| Verifica controlli effettuati dall’ADSU della permanenza dell'iscrizione/atti di revoca, decadenza tramite consultazione delle banche dati delle Università\* |  |  |
| Sono presenti sul sito web dell’ADSU: una breve descrizione dell’operazione, comprese le finalità e i risultati, evidenziando il sostegno finanziario ricevuto dall’Unione; i loghi (marchio UE, Repubblica Italiana, Regione, coesione Italia 21-27) ed i riferimenti al PR FSE+ 21- 27; |  |  |
| Sono presenti nei documenti e degli eventuali materiali per la comunicazione destinati percettori delle borse di studio universitarie, una dichiarazione che ponga in evidenza il sostegno dell’Unione in maniera visibile, i loghi (marchio UE, Repubblica Italiana, Regione, coesione Italia 21-27) ed i riferimenti al PR FSE+ 21-27 |  |  |
| La procedura di selezione dei destinatari delle borse di studio è conforme alle specifiche previste dal bando? |  |  |
| È presente la documentazione relativa all’operazione nella sede indicata per la conservazione? |  |  |
| La documentazione relativa all’operazione è tenuta secondo le indicazioni di cui al Manuale delle procedure? |  |  |
| I documenti attestanti l’esecuzione delle attività realizzate sono conformi alla documentazione richiesta dal dispositivo attuativo di riferimento? |  |  |
| Le spese/ attività sono sostenute/realizzate nel rispetto della tempistica prevista dall’operazione, dall’avviso e dal PR (temporalità)? |  |  |
| Le spese sostenute/attività realizzate sono ammissibili in relazione alla normativa vigente (europea, nazionale e regionale), al progetto approvato e all’Avviso di riferimento? |  |  |
| Le spese sono direttamente o indirettamente imputabili all’operazione? |  |  |
| Le spese/ attività sono sostenute/realizzate in conformità alle disposizioni regionali, nazionali e comunitarie nonché con i contenuti del dispositivo attuativo? |  |  |
| **Eventuali annotazioni/ Ulteriori verifiche specifiche richieste dal dispositivo attuativo:** | | |

|  |
| --- |
| **ESITI DEL CONTROLLO** |
| **Esito della verifica in loco:**  **□ POSITIVO** (assenza di rilievi) **□ POSITIVO con prescrizioni e/o raccomandazioni □ NEGATIVO** |
| **Nel caso di esito Positivo** con prescrizioni e/o raccomandazioni (Evidenziare le raccomandazioni e le richieste di integrazione formulate al Beneficiario/soggetto attuatore e i tempi indicati per la consegna delle documentazione/chiarimenti richiesti): |
| **Nel caso di esito Negativo:** *Evidenziare le motivazioni del giudizio negativo e la proposta di taglio e/o la sanzione, in conformità al Manuale delle procedure di gestione e dell’avviso. Indicare*  *i termini la consegna delle eventuali controdeduzioni* |
| **IMPORTO CONTROLLATO** |
| **IMPORTO AMMISSIBILE** |
| **EVENTUALE IMPORTO IRREGOLARE CHE RISULTA NON AMMISSIBILE** |
| **Eventuali dichiarazioni e/o controdeduzioni del rappresentante legale/soggetto che ha presenziato per il beneficiario/attuatore/destinatario dell’intervento alle attività di verifica in loco:** |

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Per il Soggetto Beneficiario/attuatore/destinatario

(Nominativo del controllori) Nome e Cognome

FIRMA FIRMA (per esteso leggibile)

|  |
| --- |
| **ESITO DEFINITIVO DELLA VERIFICA OPERAZIONE (da compilarsi eventualmente a chiusura definita del controllo successivamente a analisi di integrazioni e controdeduzioni)** |
| **DETTAGLIO DELL’IRREGOLARITÀ** |
| **IMPORTO IRREGOLARE NON AMMISSIBILE** |
| **IRREGOLARITÀ OLAF (eventuale)** |
| **DESCRIZIONE IRREGOLARITÀ OLAF** |

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nominativo dei controllori)

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI  Il sottoscritto *(nome completo e la data di nascita del firmatario, nonché la sua posizione in seno all’organizzazione)* sotto la propria responsabilità ed in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice penale e dalle leggi speciali in materia ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con riferimento al progetto e al beneficiario/destinatario oggetto dell’ attività di controllo di cui alla presente CL  **DICHIARA**  Con riferimento alle seguenti norme:   * Art. 61 Regolamento Finanziario (Reg. UE 1046/2018) e della successiva Comunicazione numero (2021/C12101) della Commissione Europea recante “*Orientamenti sulla prevenzione e sulla gestione dei conflitti d’interesse a norma del regolamento finanziario”***;** * Art. 35 della Direttiva n. 2014/23/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione; * Art. 24 della Direttiva n. 2014/24/UE sugli appalti pubblici; * Art. 6 bis L.241/1990 * Art. 53 Del D.Lgs. 165/2001 TUPI; * Art.16 D.Lgs 36/2023; * DPR 62 2013 *“regolamento recante codice di comportamento dipendenti pubblici”* e s.m.i*.;* * Piano Nazione Anticorruzione adottato con delibera ANAC n.7 del 17.01.2023; * PIAO Regione Abruzzo 2024-2026 annualità 2024 (in part. pagg. 103 e 104) approvato con DGR 72 2024; * Codice di comportamento dei dipendenti regionali approvato con DGR 983 2018.   Non sussistono situazioni di conflitti di interesse.  **SI IMPEGNA:**   * a comunicare tempestivamente all’Amministrazione l’eventuale insorgere di un conflitto di interessi, anche potenziale o non patrimoniale; * ad astenersi dalle relative decisioni e attività qualora ciò sia ritenuto opportuno dal responsabile della struttura. * a non usare a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio e a non divulgarle al di fuori dei casi consentiti, e inoltre a evitare situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione.   ……………………………..  (luogo, data)  **Il Dichiarante**  …………………………………………..  **N.B.: In caso di firma autografa allegare copia di valido documento di riconoscimento** |

1. UCS-Somme Forfettarie-Tassi forfettari [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare se: creazione di impresa; incentivi all’assunzione; Formazione, ecc. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Legenda: P (Positivo), N (negativo), N.P. (Non pertinente)**

   **\*Le verifiche saranno effettuate mediante acquisizione della documentazione dell’ADSU comprovante il possesso dei requisiti dichiarati su un campione del 5% degli studenti destinatari del contributo stanziato dal FSE+.** [↑](#footnote-ref-3)