Allegato 5 – POS D3**b**

**Concessione di incentivi alle imprese per l’occupazione**

**CHECK LIST VERIFICHE SUL POSTO**

**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

**spese non ammissibili al finanziamento** (progetti a costi reali):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| estremi del documento a cui si riferiscono i rilievi | €…………,… | motivazione |
|  |  |  |
|  |  |  |

**spese ammissibili che hanno comportato una particolare valutazione** (progetti a costi reali):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| estremi del documento oggetto di valutazione | €…………,… | note (documentazione integrativa richiesta, valutazione specifica…) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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**   1. **Check-list verifica in loco operazioni consistenti in incentivi all’occupazione** | | | | | |
|  | **Attività di controllo** | | **Documenti oggetto del controllo**  **(elenco indicativo)** | **SI** | **NO** | **N/A** | **Note** |
| 1 | Atto unilaterale/convenzione | |  |  |  |  |  |
| 2 | corrispondenza tra i contratti di assunzione sottoscritti dall’impresa e il contributo assegnato | |  |  |  |  |  |
| 3 | presenza delle comunicazioni obbligatorie | |  |  |  |  |  |
| 4 | presenza della garanzia fideiussoria prodotta in originale per il pagamento del 100% del contributo e sua adeguatezza (validità della durata e entità della copertura) | |  |  |  |  |  |
| 5 | Determina di impegno delle risorse finanziarie | |  |  |  |  |  |
| 6 | Parere di regolarità contabile da parte della Direzione Generale Servizi Finanziari | |  |  |  |  |  |
| 7 | correttezza formale della richiesta di acconto, della presenza dei dati identificativi dell’intervento (nome beneficiario, denominazione progetto, ecc.), sulla modulistica predisposta dalla Regione e firmata digitalmente dal rappresentante legale | |  |  |  |  |  |
| 8 | presenza e completezza della documentazione a corredo della domanda | |  |  |  |  |  |
| 9 | correttezza dell’importo richiesto a titolo di acconto rispetto a quanto stabilito nell’avviso/atto di adesione e completezza dei dati riportati nella relativa domanda | |  |  |  |  |  |
| 10 | Sono stati correttamente comunicati eventuali dimissioni, licenziamenti del personale assunto | |  |  |  |  |  |
| 11 | La documentazione giustificativa di spesa è conforme alla normativa nazionale civilistica e fiscale (progetti a costi reali) | |  |  |  |  |  |
| 12 | La documentazione giustificativa di spesa ricade nel periodo temporale di validità dell’intervento (progetti a costi reali) | |  |  |  |  |  |
| 13 | Le spese rendicontate sono contenute nei limiti (per natura e/o importo) stabiliti dalla normativa comunitaria, dalla normativa nazionale e regionale (progetti a costi reali) | |  |  |  |  |  |
| **verifica del cofinanziamento privato nel caso di regime di aiuti ai sensi del reg. 651/2014** | | | | | | | |
| **1** | L’operazione consiste in un aiuto all'assunzione di lavoratori svantaggiati sotto forma di integrazioni salariali? | |  |  |  |  |  |
| **2** | I costi sostenuti corrispondono ai costi salariali corrisposti durante un periodo massimo di 12 mesi successivi all'assunzione di un lavoratore svantaggiato? | |  |  |  |  |  |
| 2.1 | Nel caso in cui il lavoratore interessato sia un lavoratore molto svantaggiato, i costi sostenuti corrispondono ai costi salariali corrisposti su un periodo massimo di 24 mesi successivi all'assunzione? | |  |  |  |  |  |
| **3** | Verificare che vi sia strato un aumento netto del numero di dipendenti dell'impresa interessata rispetto alla media dei dodici mesi precedenti? | |  |  |  |  |  |
| 3.1 | In caso contrario, verificare che il posto o i posti occupati sono stati resi vacanti in seguito a dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti d'età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa e non in seguito a licenziamenti per riduzione del personale. | |  |  |  |  |  |
| **4** | Ai lavoratori svantaggiati è stata garantita la continuità dell'impiego per un periodo minimo compatibile con la legislazione nazionale o con contratti collettivi in materia di contratti di lavoro (fatto salvo il caso di licenziamento per giusta causa)? | |  |  |  |  |  |
| **5** | Qualora il periodo d'occupazione sia più breve di 12 mesi, o di 24 mesi nel caso di un lavoratore molto svantaggiato, l'aiuto è stato proporzionalmente ridotto di conseguenza? | |  |  |  |  |  |
| **6** | L'intensità di aiuto è contenuta nel limite del 50 % dei costi ammissibili? | |  |  |  |  |  |
| **7** | L’operazione consiste in un aiuto all'occupazione di lavoratori con disabilità sotto forma di integrazioni salariali? | |  |  |  |  |  |
| **8** | I costi sostenuti corrispondono ai costi salariali relativi al periodo in cui il lavoratore con disabilità è stato impiegato? | |  |  |  |  |  |
| **9** | Verificare che vi sia stato un aumento netto del numero di dipendenti dell'impresa interessato rispetto alla media dei dodici mesi precedenti. | |  |  |  |  |  |
| 9.1 | In caso contrario, verificare che il posto o i posti occupati sono stati resi vacanti in seguito a dimissioni volontarie, invalidità, pensionamento per raggiunti limiti d'età, riduzione volontaria dell'orario di lavoro o licenziamento per giusta causa e non in seguito a licenziamenti per riduzione del personale. | |  |  |  |  |  |
| **10** | Ai lavoratori con disabilità è stata garantita la continuità dell'impiego per un periodo minimo compatibile con la legislazione nazionale o con contratti collettivi in materia di contratti di lavoro che sono giuridicamente vincolanti per l'impresa (fatto salvo il caso di licenziamento per giusta causa)? | |  |  |  |  |  |
| **11** | L'intensità di aiuto è contenuta nel limite del 75 % dei costi ammissibili? | |  |  |  |  |  |
| **12** | L’operazione consiste in un aiuto inteso a compensare i sovraccosti connessi all'occupazione di lavoratori con disabilità? | |  |  |  |  |  |
| **13** | I costi sostenuti rientrano in una delle seguenti categorie? | |  |  |  |  |  |
|  | a) i costi per l'adeguamento dei locali; | |  |  |  |  |  |
|  | b) i costi relativi al tempo di lavoro dedicato dal personale esclusivamente all'assistenza dei lavoratori con disabilità e i costi di formazione del personale per assistere i lavoratori con disabilità; | |  |  |  |  |  |
|  | c) i costi relativi all'adeguamento o all'acquisto di attrezzature o all'acquisto e alla validazione di software ad uso dei lavoratori con disabilità, ivi compresi gli ausili tecnologici adattati o di assistenza, che eccedono i costi che il beneficiario avrebbe sostenuto se avesse impiegato lavoratori senza disabilità; | |  |  |  |  |  |
|  | d) i costi direttamente connessi al trasporto dei lavoratori con disabilità sul luogo di lavoro e per attività correlate al lavoro; | |  |  |  |  |  |
|  | e) i costi salariali relativi alle ore impiegate da un lavoratore con disabilità per la riabilitazione; | |  |  |  |  |  |
|  | f) nei casi in cui il beneficiario è un datore di lavoro che offre lavoro protetto, i costi connessi alla costruzione, all'installazione o all'ammodernamento delle unità di produzione dell'impresa interessata e qualsiasi costo amministrativo e di trasporto purché direttamente derivante dall'occupazione dei lavoratori con disabilità. | |  |  |  |  |  |
| **14** | L'intensità di aiuto è contenuta nel limite massimo del 100 % dei costi ammissibili? | |  |  |  |  |  |
| **15** | L’operazione consiste in un aiuto inteso a compensare i costi dell'assistenza fornita ai lavoratori svantaggiati? | |  |  |  |  |  |
| **16** | I costi sostenuti rientrano in una delle seguenti categorie? | |  |  |  |  |  |
|  | a) ai costi relativi al tempo di lavoro dedicato dal personale esclusivamente all'assistenza dei lavoratori svantaggiati durante un periodo massimo di 12 mesi successivi all'assunzione di un lavoratore svantaggiato o su un periodo massimo di 24 mesi successivi all'assunzione di un lavoratore molto svantaggiato; | |  |  |  |  |  |
|  | b) ai costi di formazione del personale per assistere i lavoratori svantaggiati. | |  |  |  |  |  |
| **17** | L'assistenza fornita consiste di misure volte a sostenere l'autonomia del lavoratore svantaggiato e il suo adattamento all'ambiente di lavoro, ad assisterlo nelle pratiche di assistenza sociale e amministrative, ad agevolare la comunicazione con il datore di lavoro e la gestione dei conflitti? | |  |  |  |  |  |
| **18** | L'intensità di aiuto è contenuta nel limite del 50 % dei costi ammissibili? | |  |  |  |  |  |
| ULTERIORI VERIFICHE (SE APPLICABILI) | | | | | | | |
| 15 | Presenza e verifica dei documenti giustificativi che riguardano le attività realizzate (Nel caso di progetti finanziati in base a “tabelle standard di costi unitari” e di “somme forfettarie”) | |  |  |  |  |  |
| 16 | verifica della trasmissione della documentazione relativa all’attuazione dell’operazione e dei dati alle scadenze stabilite | |  |  |  |  |  |
| 17 | presenza e completezza di eventuale documentazione specifica richiesta dall’avviso | |  |  |  |  |  |
| 18 | autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 attestante che sull’operazione non siano stati ricevuti altri contributi o finanziamenti comunitari | |  |  |  |  |  |
| 19 | Inserimento dei dati di attuazione finanziaria e fisica sul SI e coerenza con le rendicontazioni periodiche | |  |  |  |  |  |

**data e firma del soggetto esterno controllore** (se presente)

**……………………………………………………………………………**

**data e firma del FUNZIONARIO INCARICATO DEL CONTROLLO**

**……………………………………………………………………………**