****

**Allegato 13 – POS D3A**

# **POR Puglia FESR-FSE 2014-2020 Verbale di verifica desk operazioni inerenti "Cassa integrazione in deroga COVID"**

**Dati riepilogativi dell’intervento oggetto del controllo**

|  |  |
| --- | --- |
| Asse/Obiettivo specifico/Azione |  |
| Titolo dell’intervento/progetto |  |
| Beneficiario (Ente attuatore) |  |
| cup |  |
| Codice Mir |  |
| Convenzione/Atto di adesione |  |
| Responsabile di sub azione |  |
| costo totale progetto di cui: |  |
| * finanziamento a carico del por |  |
| * eventuale contributo privato |  |
| * eventuale altre fonti di finanziamento |  |
| importo impegnato |  |
| importo erogato |  |
| spesa rendicontata (al sistema mir) |  |
| Stato dell’intervento | 🞎 IN CORSO  🞎CONCLUSO |

**Dati riepilogativi del controllo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funzionario incaricato controllo: |  | |
| Soggetto esterno controllore (se presente): |  | |
| soggetto referente per la rendicontazione (ente beneficiario) |  | |
| Data emissione rapporto provvisorio: |  |  |
| esiti del controllo provvisorio | Spesa controllata |  |
| Spesa ammissibile |  |
| Spesa ritenuta non ammissibile |  |
| Data emissione rapporto definitivo: |  |  |
|  | Spesa controllata |  |
| esiti del controllo definitivo | Spesa ammissibile |  |
|  | Spesa ritenuta non ammissibile |  |
| esito controllo (v. sezione A) risultanze controllo) | 🞎 REGOLARE  🞎 IRREGOLARE  🞎 PARZIALMENTE REGOLARE | |

*E’ stata verificata, attraverso un’analisi della documentazione del soggetto beneficiario*

*(a) la compatibilità dell’intervento realizzato con gli obiettivi del POR;*

*(b) il corretto svolgimento dell’azione finanziata nel rispetto delle norme vigenti ed in conformità con gli obiettivi, le modalità e la tempistica prevista nell’operazione selezionata.*

A seguito delle verifiche effettuate è stato riscontrato quanto appresso riportato:

**Sintesi dei risultati della verifica**

**Sezione A) controllo amministrativo – finanziario**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGIONE PUGLIA**  **PO FSE 2014/2020**  **Check-list di verifica desk operazioni inerenti "** **Cassa integrazione in deroga COVID "** | | | | | | |
| **Nr.** | **Attività di controllo** | **Documenti oggetto del controllo**  **(elenco indicativo)** | **SI** | **NO** | **Note** | |
| **1** | Verifica della domanda di concessione della CIG in deroga trasmessa alla Regione secondo le modalità previste dall’Accordo Quadro Regione Puglia per la fruizione della cassa integrazione in deroga ai sensi dell’art. 22 del D.L. n. 18 del 17/03/2020 | * Domanda concessione CIGD * All.ti Domanda CIGD |  |  |  | |
| **2** | Verifica del decreto di concessione della Regione e/o provvedimento del Fondo di solidarietà bilaterale | * Decreto Regionale di concessione |  |  |  | |
| **3** | Verifica che l’istanza inviata alla Regione è finalizzata al completamento delle 9 settimane fruibili | * Domanda concessione CIGD * All.ti Domanda CIGD * Tracciato INPS “Dettaglio pagamenti beneficiari CIGD regionale COVID” |  |  |  | |
| **4** | Verifica di coerenza della lista dei potenziali destinatari del trattamento corredata dalle relative domande aziendali | * Domanda concessione CIGD * All.ti Domanda CIGD * Tracciato INPS “Dettaglio pagamenti beneficiari CIGD regionale COVID” * Modello SR 100 |  |  |  | |
| **5** | Verifica dell’adozione del provvedimento di autorizzazione al pagamento dell’INPS | * Tracciato INPS “Dettaglio pagamenti beneficiari CIGD regionale COVID” |  |  |  | |
| **6** | Verifica del rispetto della normativa comunitaria e nazionale in materia di pubblicità | * Atto Dirigenziale di acquisizione al POR dell’operazione * Relazione tecnico-illustrativa relativa alle attività di verifica ex art. 125, par. 5 del Reg. (UE) n. 1303/2013 |  |  |  | |
| **7** | Verifica degli esiti dei controlli di conformità amministrativa effettuati dal Responsabile di sub azione | * Decreto Regionale di concessione * Domanda concessione CIGD * All.ti Domanda CIGD |  |  |  | |
| **8** | Verifica della trasmissione al soggetto pagatore del tracciato | * Decreto Regionale di concessione * lista dei potenziali destinatari del trattamento corredata dalle relative domande aziendali (modello SR 100) |  |  |  | |
| **9** | Verifica che le spese siano state sostenute nel periodo di ammissibilità previsto dal PO | * Tracciato INPS “Dettaglio pagamenti beneficiari CIGD regionale COVID” * Modello SR 100 |  |  |  | |
| **10** | Verifica dell’esattezza e corrispondenza dell’erogazione dell’indennità di CIGD da parte di INPS | * Tracciato INPS “Dettaglio pagamenti beneficiari CIGD regionale COVID” * Modello SR 100 |  |  | |  |
| **VERIFICA DEGLI INDICATORI** | | | | | | |
| **11** | Il valore programmato di ciascun indicatore è stato inserito a sistema? | * CV31 - Partecipanti che hanno beneficiato di un sostegno per combattere o contrastare il COVID-19 (unità di misura persone) |  |  | |  |
| **12** | Il valore di ciascun indicatore quantificato dal beneficiario nell’ambito della rendicontazione, oggetto di controllo, trova corrispondenza tra la documentazione amministrativa verificata e il dato di monitoraggio attestato dal beneficiario? | * CV31 - Partecipanti che hanno beneficiato di un sostegno per combattere o contrastare il COVID-19 (unità di misura persone) |  |  | |  |
| **13** | Il valore di ciascun indicatore quantificato dal beneficiario nell’ambito della rendicontazione, oggetto di controllo, risulta coerente tenendo conto lo stato di avanzamento dell’operazione? | * CV31 - Partecipanti che hanno beneficiato di un sostegno per combattere o contrastare il COVID-19 (unità di misura persone) |  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CHECK LIST PER LA VERIFICA DESK DEI SINGOLI PROGETTI** | | |
| **Verifica dati di monitoraggio** | | |
| **Codice Indicatore di Realizzazione** | **Valore Target** | **Valore Consuntivo** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome dell’esecutore del controllo** | **Firma dell’esecutore del controllo** | **Data di effettuazione del controllo** |
|  |  |  |
| **DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI** | | |
| **Il/La sottoscritto/a**   **nato/a , ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., con la sottoscrizione del presente verbale DICHIARA sotto la propria responsabilità che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi di cui all’art. 61 del Reg. (UE, EURATOM) n. 1046/2018, all’art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 ss.mm.ii. e al Codice di comportamento dei dipendenti della Regione Puglia approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1423 del 4/7/2014 (a cui anche il personale esterno alla Regione, sottoscrivendo la presente dichiarazione, con particolare riferimento alle disposizioni relative al conflitto di interessi, dichiara di attenersi)”.**  **Firma** | | |