

CHECKLIST PER LA VERIFICA A CAMPIONE DI M/T

Struttura di missione PNRR
Ufficio V - Servizio II “Servizio di Rendicontazione e controllo”

M5C3- INVESTIMENTO 1.1.2

“Strutture sanitarie di prossimità territoriale”

ANAGRAFICA AMMINISTRAZIONE CENTRALE TITOLARE DI INTERVENTI

Nome Amministrazione	Struttura di missione PNRR – Ufficio V - Servizio II “Servizio di Rendicontazione e controllo”
Nome Funzionario Referente	

ANAGRAFICA INTERVENTO

Missione/Componente	M5C3
Investimento	I1.1.2 – Strutture sanitarie di prossimità territoriale
Modalità di attuazione	☐ Operazione a regia ☐ Operazione a titolarità
Milestone/Target	
Tagging	
Priorità/principi trasversali PNRR	☐ parità di genere (Gender Equality) ☐ protezione e valorizzazione dei giovani ☐ superamento dei divari territoriali ☐ rispetto principio DNSH

N	Attività di controllo	Applicabilità	Esito controllo	Documenti da controllare	Estremi documentazione controllata	Note
A VERIFICHE FORMALI						
1	L'elenco delle farmacie finanziate (<i>evidence</i>) è stato regolarmente trasmesso dal Responsabile del Procedimento e lo stesso risulta caricato sul sistema ReGiS?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	- Elenco farmacie finanziate; - Sistema ReGiS (sez. Avanzamento M&T).		
2	Il campione delle farmacie da sottoporre a verifica è stato estratto secondo il format di “verbale di campionamento” allegato al “manuale delle procedure di rendicontazione e controllo”?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	- Metodologia di campionamento; - Verbale estrazione campione.		
B VERIFICHE SOSTANZIALI						
3	Per ogni farmacia estratta, risulta presente la seguente documentazione: a) Domanda di partecipazione progettuale? b) Disciplinare d'obbligo? c) Disposizione di pagamento?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	- Domanda di partecipazione progettuale; - Disciplinare d'obbligo; - Disposizione di pagamento.		

N	Attività di controllo	Applicabilità	Esito controllo	Documenti da controllare	Estremi documentazione controllata	Note
4	Le farmacie estratte sono presenti nella banca dati “farmacie” del Ministero della Salute?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	Banca dati del Ministero della Salute: https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=5		
5	Le farmacie estratte insistono in comuni, frazioni o centri abitati con meno di 5000 abitanti, così come previsto dalla CID?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	Banca dati popolazione residente ISTAT		
6	Le farmacie estratte rispettano la soglia prevista per il regime “ <i>de minimis</i> ”?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	Visura RNA su farmacie estratte		
7	Per ogni farmacia estratta, è stata acquisita la seguente documentazione: a) Autodichiarazione sulle titolarità effettive? b) Visura camerale?	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	- Autodichiarazione sulle titolarità effettive - Visura camerale		
7	Dall’esame della documentazione a disposizione, risulta la coerenza rispetto alla tempistica e alle modalità di realizzazione previsti per il conseguimento di milestone e target, quali risultanti dal CID e dagli <i>Operational</i>	☐ SI ☐ NO ☐ N.A.	☐ regolare ☐ non regolare ☐ non applicabile	Documentazione probatoria.		

N	Attività di controllo	Applicabilità	Esito controllo	Documenti da controllare	Estremi documentazione controllata	Note
	<i>Arrangements</i> (rispetto condizionalità PNRR)? In particolare, verificare: • coerenza della tempistica di realizzazione rispetto al cronoprogramma • coerenza dell'avanzamento progettuale presenza documentazione relativa alle informazioni necessarie a rilevare l'avanzamento di Milestone e/o Target di riferimento;					
8	La documentazione relativa alla metodologia ed il verbale di campionamento risulta agli atti ed è allegata all'Item 7.3 della pertinente "Checklist per la verifica di M/T"?			• Checklist per la verifica di M/T		

ESITI		
Esito dell'istruttoria:	☐	POSITIVO
	☐	NEGATIVO

Osservazioni
Raccomandazioni
Segnalazione Irregolarità

Data e luogo dell'istruttoria:	___/___/___
Incaricato dell'istruttoria: _____ Firma	
Responsabile dell'istruttoria: _____ Firma	