

VERBALE DI VERIFICHE SUL POSTO

Missione	
Componente	
Investimento	
Titolo intervento	

OPERAZIONI SOTTOPOSTE A VERIFICA

Beneficiario/Soggett o Attuatore	
Modalità di attuazione	A Regia ☐ A Titolarità ☐
Titolo Operazione	
CUP	
Contratto	
Stato di avanzamento dell'operazione	Istruttoria ☐ Attuazione ☐ Saldo ☐
Costo totale Operazione	€ _____,____
Costo ammesso a finanziamento sul PNRR	€ _____,____
Spesa rendicontata in Domanda di Rimborso	€ _____,____
Costo ammesso	€ _____,____
Costo sospeso	€ _____,____

Premessa

A seguito di campionamento/ segnalazione _____, il giorno _____, alle ore _____, presso _____, Via _____, CAP _____ sono presenti _____, incaricati del controllo per la Struttura di missione PNRR della PCM, ai sensi delle lettere di autorizzazione alla missione _____, e _____ in qualità di _____ per il Beneficiario/Soggetto attuatore; al fine di svolgere il controllo sul posto per l'operazione sopra identificata così come notificato con nota prot. n. _____.

Nel corso del controllo è stato visionato il fascicolo di progetto, compreso l'esame della documentazione tecnica, amministrativa e contabile comprovante lo stato di avanzamento procedurale e finanziario, a seguito della trasmissione in data _____ della DSAN _____ in cui si attesta la conclusione delle attività.

Si è proceduto a riscontrare la presenza dei titoli di spesa individuati con metodologia casuale e la rispettiva contabilizzazione aziendale, al fine di verificare il rispetto del principio della "contabilità separata" nonché di quanto previsto dal "*Disciplinare d'Obblighi*" stipulato in data _____.

In dettaglio, sono stati esaminati i seguenti documenti: _____

Per ciascuno di essi è stata rilevata la documentazione contabile di spesa, i pagamenti effettuati e la relativa registrazione contabile.

E' stato rilevato inoltre che _____.

Sono state acquisite immagini digitali dei beni **(per FR)**

Conclusioni

È stata riscontrata _____

Osservazioni e Raccomandazioni

Si raccomanda _____

Luogo e Data della verifica sul posto:

Gli incaricati del controllo

Il Beneficiario

FIRMA _____ _____	FIRMA _____
---	----------------------------------