**Allegato 10**

**Modello di Verbale di sopralluogo in caso di audit sull’operazione**

REGIONE SICILIANA/UFFICIO SPECIALE AUTORITA’ di AUDIT dei PROGRAMMI COFINANZIATI DALLA COMMISSIONE EUROPEA

PROGRAMMAZIONE 2021/2027

PROGRAMMA REGIONALE FSE+ Sicilia 2021-2027

VERBALE DI SOPRALLUOGO DELL’OPERAZIONE

Acquisizione di beni e servizi *(oppure)*

Erogazione di finanziamenti *(oppure)*

Realizzazione di opere pubbliche *(oppure)*

Formazione *(oppure)*

*Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice Programma: |  | | | | | | |
| Titolo Programma: |  | | | | | | |
| Fondo |  | | | | | | |
| Autorità di Audit |  | | | | | | |
| Campionamento |  | | | | | | |
| Comunicazione di avvio audit |  | | | | | | |
| Data dell’audit |  | | | | | | |
| Sede dell’audit |  | | | | | | |
| Incaricati del controllo  Controllore interno:  Controllore esterno: | *Nome – Cognome*  *Ufficio*  *Nome – Cognome del controllore*  *Nome della società esterna* | | | | | | |
| **Principali Informazioni** | | | | | | | |
| Codice Operazione |  | | | | | | |
| Codice CUP |  | | | | | | |
| Titolo Operazione |  | | | | | | |
| Beneficiario |  | | | | | | |
| Soggetto attuatore |  | | | | | | |
| Importo ammesso a finanziamento | FESR/FSE+ |  | Stato |  |  | Altro |  |
| Importo pagato pubblico | FESR/FSE+ |  | Stato |  |  | Altro |  |
| Importo certificato al … |  | | | | | | |
| Importo campionato |  | | | | | | |
| Importo controllato |  | | | | | | |

Il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso la sede indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, i/le sottoscritti/e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per l’Autorità di Audit del Programma \_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’articolo 79 del Regolamento (UE) 2021/1060, hanno svolto un audit sull’operazione sopra indicata.

Nel corso dell’ispezione è stata prelevata copia dei seguenti documenti:

- ...

- ...

Nel corso dell’ispezione non è stato possibile esaminare i seguenti documenti:

- ...

- ...

a causa … (*specificare le cause che hanno eventualmente limitato l'accesso alla documentazione*).

**SINTESI DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESEGUITE**

Le verifiche sono state eseguite per accertare il rispetto dei seguenti principali aspetti:

* l’esistenza e l’operatività del Beneficiario/Soggetto attuatore;
* la sussistenza presso la sede del Beneficiario di tutta la documentazione amministrativo-contabile in originale;
* la sussistenza di una contabilità separata o di un sistema di registazione e codifica interno al sistema contabile del Beneficiario per le spese sostenute nell’ambito dell’operazione cofinanziata a valere sul Programma;
* il corretto avanzamento ovvero completamento dell’opera pubblica/ della fornitura di beni e/o servizi/ della realizzazione dell’intervento formativo oggetto del cofinanziamento, in linea con la documentazione presentata dal Beneficiario a supporto della rendicontazione e della richiesta di erogazione del contributo;
* la conformità delle opere/ dei beni/ dei servizi oggetto del cofinanziamento rispetto a quanto previsto dalla normativa europea e nazionale, dal Programma, dal bando/avviso pubblico di selezione dell’operazione nonché dalla convenzione/contratto stipulato tra Autorità di Gestione (Organismo Intermedio) e Beneficiario;
* l’adempimento degli obblighi di informazione.

A tal fine l’attività svolta durante l’audit è stata la seguente:

1. acquisizione del fascicolo dell’operazione, presso ……… (*struttura responsabile dell’attuazione*) in data ……...
2. verifica di tutti gli aspetti in precedenza elencati.

Documentazione a corredo del verbale:

1. …...
2. ......
3. ......

|  |  |
| --- | --- |
| Data di chiusura del verbale | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |
| Firma Responsabili incaricati dell’audit | *Nome e cognome* |
| *Nome e cognome* |
|  | |
| Firma del Beneficiario o del soggetto esecutore | *Nome e cognome* |
| *Nome e cognome* |
|  | |
| Luogo e data  Presa d’atto  Firma del Responsabile dell’Autorità  di Audit | *Nome e cognome* |