VERBALE AUDIT INIZIALE DEI GAL

Visti il Programma di Sviluppo Rurale Abruzzo per il periodo 2014/2020, i funzionari della Regione Abruzzo _____ _____in data _____si sono recati presso la sede del GAL _____ _____ sita in:

Comune	CAP	Indirizzo	Tel	Fax	E-mail	Sito Internet

Per un sopralluogo iniziale volto a verificare la adeguatezza della sede e dell'organizzazione:

La verifica è stata svolta tramite presa d'atto dei luoghi, dei mezzi, dei materiali, del personale e della documentazione messa a disposizione dal GAL.

Riconoscimento personalità giuridica **SI** ☐ **NO** ☐

Potenzialità operativa

Relativamente alla sede operativa in oggetto, il GAL ha dichiarato una potenzialità operativa pari a n. _____ utenti / giorno

Giorni e Orario di apertura della sede operativa: _____

Parametro	Verificato		Note e/o prescrizioni
Spazi			
Gli spazi della sede operativa sono composti da:			
Una sala di attesa:	SI ☐	NO ☐	
Un ufficio ad uso esclusivo del GAL, ovvero anche al contestuale esercizio di altre attività non in contrasto con le precedenti:	SI ☐	NO ☐	

Un servizio igienico accessibile anche al pubblico:	SI ☐	NO ☐	
La sede operativa del GAL è provvista di appositi contrassegni di identificazione visibili a terzi:	SI ☐	NO ☐	
La disponibilità degli spazi è dimostrata tramite (contratto scritto, proprietà, diritto reale di godimento):	SI ☐	NO ☐	
Organizzazione			
Protocollo della documentazione in arrivo e in partenza	SI ☐	NO ☐	
Registro Verbali	SI ☐	NO ☐	
Attrezzature di ufficio			
N. 1 postazione operativa di lavoro, ad uso esclusivo del GAL, che possa in ogni caso garantire la privacy dell'utente:	SI ☐	NO ☐	
Disponibilità di pc/fotocopiatrice/scanner:	SI ☐	NO ☐	
Disponibilità di telefono:	SI ☐	NO ☐	
Disponibilità di seggiole, tavoli, scaffalature, armadi, ecc., adeguati all'operatività:	SI ☐	NO ☐	
Collegamento ADSL permanente verso internet tramite Rooter, o collegamento più avanzato rispetto alle potenzialità telematiche territoriali:	SI ☐	NO ☐	

ESITO

Sulla base dell'Audit iniziale svolto, i funzionari incaricati ritengono che il GAL:

☐ **E' ADEGUATO** ALLO SVOLGIMENTO DEI COMPITI STABILITI

☐ **NON E' ADEGUATO** ALLO SVOLGIMENTO DEI COMPITI STABILITI con indicazione delle eventuali Richieste dei Azioni Correttive (RAC) e dei tempi entro cui realizzarle_____

_____

_____

EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL GAL _____

_____

Luogo e data:

_____, lì _____

IN FEDE

Per Accettazione

_____

I FUNZIONARI INCARICATI

Cognome e Nome	Firma
_____	_____
_____	_____