POR FSE ABRUZZO 2014-2020 Obiettivo “Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione”

**CHECK LIST: verifiche delle spese relative all’azione “Supporto al personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con Covid-19”**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANAGRAFICA** | |
| Asse | 2 |
| Priorità di investimento | 9iv |
| Obiettivo specifico/Risultato Atteso | 9.3 |
| Azione | Supporto al personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con Covid-19 |
| Responsabile di Azione | Servizio “Autorità di Gestione Unica FESR-FSE” |
| Ufficio competente per il controllo di I Livello |  |
| ASL di riferimento |  |
| Nominativo lavoratore |  |
| Codice Fiscale |  |
| Tipologia di contratto |  |
| Spesa oggetto di controllo | € |
| CUP |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sezione 1 – Verifiche sulla rendicontazione della spesa** | **Esito** | **Annotazioni** |
| La documentazione relativa alla rendicontazione delle spese risponde a quanto previsto dalle Linee guida (autodichiarazione del rappresentante legale della ASL e elenchi dei destinatari secondo i format previsti, Accordo integrativo aziendale) ? | □ Positivo  □ Negativo |  |
| L’importo della somma richiesta a rendicontazione dalla ASL è ricompresa nei massimali di contribuzione di cui dall’Accordo tra Regione Abruzzo e Organizzazioni sindacali, | □ Positivo  □ Negativo |  |
| Gli importi riportati negli elenchi dei destinatari allegati all’autodichiarazione per la rendicontazione di spesa della ASL sono coerenti con quanto previsto dagli Accordi integrativi aziendali tra ASL e Organizzazioni sindacali ? | □ Positivo  □ Negativo |  |
| L’importo della somma richiesta a rendicontazione coincide con quanto riportato negli elenchi allegati all’autodichiarazione per la rendicontazione di spesa della ASL ? | □ Positivo  □ Negativo |  |
| Sono correttamente individuate l’appartenenza alle classi A, B e C del personale sanitario ? | □ Positivo  □ Negativo |  |
| Nel caso di personale in somministrazione è presente il contratto tra ASL e agenzia di somministrazione ? | □ Positivo  □ Negativo  □ N.A. |  |
| Con riferimento al progetto oggetto di controllo, nel SI sono stati caricati i dati di attuazione finanziaria, fisica e procedurale. | □ Positivo  □ Negativo |  |
| **Sezione 2 – Verifiche sui progetti campionati** |  |  |
| Sono presenti i giustificativi delle spese, debitamente quietanzati e dei relativi mandati di pagamento? | □ Positivo  □ Negativo |  |
| l’effettivo svolgimento dell’attività lavorativa del personale dell’Unità Operativa è dimostrata da almeno una delle seguenti modalità?   * 1. timbratura o altro documento equivalente di attestazione della presenza per il personale espressamente assegnato all’Unità Operativa di cui al Prospetto (Appendice);   2. timbratura e ordine di servizio o turno di servizio o attestazione del Direttore/Responsabile U.O. o Responsabile dei servizi infermieristici o altro documento equivalente di attestazione della presenza, relativamente al personale non direttamente afferente all’Unità Operativa di cui al prospetto (Appendice); | □ Positivo  □ Negativo |  |
| Sui giustificativi delle attività realizzate è riportata la dicitura: “POR FSE (2014-2020) - Supporto al personale ospedaliero per il trattamento dei pazienti con Covid-19 Euro…” | □ Positivo  □ Negativo |  |
| Il periodo di riferimento delle spese sostenute/attività realizzate è ricompreso nel periodo di ammissibilità della spesa ed è riferito all’attività svolta dal personale destinatario, nel periodo marzo-aprile 2020 ? | □ Positivo  □ Negativo |  |
| E’ stato rispettato il principio di separazione contabile (ovvero è stato adottato un sistema di contabilità separato/analitico e una codificazione separata per le transazioni relative al progetto)? (**IN LOCO**) | □ Positivo  □ Negativo |  |
| *Finanziamento approvato:*  *Spese rendicontate:*  *Spese totale ammessa:*  *Contributo erogato* | | |
| **ESITO FINALE PER EROGAZIONE DOMANDA DI RIMBORSO:**  **□ POSITIVO □ POSITIVO con prescrizione □ NEGATIVO** | | |
| **SPESA SOSTENUTA/DICHIARATA: €……………………………………..** | | |
| **SPESA RICONOSCIUTA AMMISSIBILE: € ……………………………………..** | | |
| **CONSIDERAZIONI E RILIEVI** | | |

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_* Firma del controllore

(nominativo controllore)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Caricare check list sul S.I.*