



UNIONE EUROPEA
Fondi Strutturali e di Investimento Europei

Agenzia per la Coesione Territoriale
PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE CITTÀ
METROPOLITANE 2014-2020

Comune di Napoli: Organismo intermedio del Programma

Format di Quality Review



CONTROLLO DI QUALITY REVIEW SUI DOCUMENTI TRASMESSI DAL BENEFICIARIO PER RTF E DDR

ASSE	
Beneficiario	
Avviso/Bando	
Titolo progetto	
CIG	
CUP	
Codice progetto	
Data controllo	

oggetto del controllo	N/A	Esito positivo	Esito negativo	note
I documenti utilizzati dal beneficiario per RTF/DDR sono conformi a quelli approvati ed inseriti nel SIGECO/MOP e nel MOF?				
La check list di autocontrollo parte amministrativa utilizzata è conforme alla procedura di affidamento oggetto di controllo?				
La check list di autocontrollo parte spesa utilizzata è conforme alla procedura di affidamento oggetto di controllo?				
I documenti utilizzati riportano correttamente i seguenti dati: - l'asse di riferimento; - la data di avvio e di conclusione del progetto; - il beneficiario; - gli elementi identificativi dell'operazione oggetto di verifica?				
I documenti utilizzati riportano correttamente i dati relativi alla procedura espletata per la realizzazione dell'operazione oggetto di verifica?				
I documenti utilizzati riportano correttamente i dati finanziari dell'operazione oggetto di verifica relativamente alla parte spesa?				
Le Check list sono compilate e commentate in modo corretto ed esaustivo in ciascun singolo item con relative note, laddove rilevanti?				
Vi sono incongruenze nei documenti utilizzati (formali e/o sostanziali)?				
In caso di risposta positiva all'item precedente, i documenti sono stati integrati correttamente?				
Il fascicolo di progetto è correttamente organizzato, completo ed esaustivo?				
In caso di risposta negativa all'item precedente, il fascicolo di progetto è stato correttamente integrato a seguito di richiesta?				
Il revisore				Data
Il Responsabile				Data



UNIONE EUROPEA
Fondi Strutturali e di Investimento Europei

RAPPORTO QUALITY REVIEW

data e luogo del controllo		
Nominativo del QR		
Controllo propedeutico a:	RICHIESTA TRASFERIMENTO FONDI	DOMANDA DI RIMBORSO
Operazione oggetto del controllo:		

AZIONI CORRETTIVE PREVENTIVE	
Conclusioni e osservazioni	
Non conformità	
Azioni	
Controsservazioni del responsabile del Beneficiario sottoposto a QR	
Raccomandazioni	
allegati	
data	
firma

Azione correttiva n°	Azione preventiva n°
aperta in data ___ / ___ / _____	proposta in data ___ / ___ / _____

DESCRIZIONE DELL'AZIONE

DOCUMENTI DI RILEVAZIONE / RIFERIMENTI / REGISTRAZIONI

POSSIBILI CAUSE E RELATIVE VALUTAZIONI		
<i>POSSIBILE CAUSA</i>	<i>SERVIZIO COMPETENTE</i>	<i>APPROVAZIONE AZIONE</i>

AZIONI DA INTRAPRENDERE PER LA RIMOZIONE DELLE CAUSE E/O ATTUAZIONE MIGLIORAMENTO		
<i>MODALITA'</i>	<i>TERMINI</i>	<i>RESPONSABILE</i>

<i>VERIFICA DEL RISULTATO AZIONE PREVENTIVA</i>	<i>POSITIVO</i>	<i>NEGATIVO</i>	<i>NOTE</i>

<i>VERIFICA DEL RISULTATO AZIONE CORRETTIVA</i>	<i>POSITIVO</i>	<i>NEGATIVO</i>	<i>NOTE</i>

note:

Il QR		<i>Data</i>
-------------	--	-------------