**Allegato 32: SOVVENZIONI**

**Rapporto di controllo amministrativo in loco**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programma Regionale** | PR Sicilia FSE+ 2021-2027 - CCI 2021IT05SFPR014 - C(2022)6184 del 25.08.2022 |
| **Dipartimento** |  |
| **Responsabile del procedimento** |  |
| **Priorità** |  |
| **Obiettivo specifico** |  |
| **Tipi di azioni correlate** |  |
| **Codice settore intervento** |  |
| **Titolo dell’Avviso/Bando** |  |
| **Codice Avviso/Bando** |  |
| **Titolo Progetto (*se richiesto*)** |  |
| **Codice Identificativo del Progetto (CIP)** |  |
| **Codice Univoco di Progetto (CUP)** |  |
| **Codice Sistema Informativo (SI)** |  |
| **Beneficiario** |  |
| **Partita IVA/C.F.** |  |
| **Sede Legale** |  |
| **DDG di finanziamento** |  |
| **Importo finanziato** |  |
| **DDG di ridetermina del finanziamento (*eventuale*)** |  |
| **Importo finanziato rideterminato (*eventuale*)** |  |
| **Responsabile del controllo:** |  |
| CdR ed Ufficio competente |  |
| Funzionario |  |
| Dirigente |  |
| Unità Operativa Periferica |  |
| Funzionario |  |
| Dirigente |  |
| Certificatore Esterno |  |
| Esperto Junior |  |
| Esperto Senior |  |
| **Data controllo** |  |
| **Stato dell’operazione** | In corso Conclusa |
| **Totale DDR presentate dal Beneficiario** | N. totale \_\_\_\_\_\_\_\_ Importo totale € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Totale DDR campionate oggetto del presente controllo** | N. totale \_\_\_\_\_\_\_\_ Importo totale € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Il giorno …………………………… , alle ore ……………………. , presso la sede di (*specificare indirizzo*) ……………………………………………………………………………………………………………………………… il/la sottoscritto/a (*indicare il/i nome/i del/i responsabile/i del controllo*) dell’Ufficio …………………………………………………… del Dipartimento ………………………………………………… per il PR Sicilia FSE+ 2021-2027, ai sensi dell’art. 72 del Regolamento (UE) n. 2021/1060, ha/hanno svolto un controllo sul progetto sopra indicato.

Il controllo ha esito:

Senza impatto finanziario;

Con impatto finanziario determinato dalle criticità descritte nella tabella seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DDR di riferimento** | **Criticità** | **Impatto finanziario provvisorio** |
| N. … del ………… |  |  |
| N. … del ………… |  |  |
| N. … del ………… |  |  |
|  | **Totale** |  |

Si invita il Beneficiario a trasmettere eventuali controdeduzioni entro e non oltre ……..… giorni dalla data di notifica del presente rapporto, fornendo tutta la documentazione necessaria a supportare le argomentazioni fornite.

Qualora codesto Beneficiario non fornisca controdeduzioni entro il suddetto termine gli impatti finanziari comunicati saranno ritenuti definitivi e pertanto si procederà alla decurtazione delle somme interessate e loro eventuale recupero.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome del responsabile del controllo** | **Firma** |
|  |  |  |