



CHECK LIST CONTROLLO DI PRIMO LIVELLO N°. 28 ter

Check list del controllo amministrativo *in loco*

(esclusivamente per il progetto *“Riconoscimento dei trattamenti di cassa integrazione guadagni in deroga (CIGD) quale risposta all'emergenza sanitaria da Covid-19”*)

Programma	Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione 2014/20 (FSE)
Azione	OT 9 Asse 2 - Inclusione sociale e lotta alla povertà priorità di investimento 9.iv Il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale
Titolo Progetto	RICONOSCIMENTO DEI TRATTAMENTI DI CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI IN DEROGA (CIGD) QUALE RISPOSTA ALL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19
Codice Progetto	Cod. OCC.09303.22XX.00001.DPL
Tipologia check-list	Check list del controllo amministrativo <i>in loco</i> per il progetto <i>“Riconoscimento dei trattamenti di cassa integrazione guadagni in deroga (CIGD) quale risposta all'emergenza sanitaria da covid-19”</i> - Allegato 28 ter
Ente	REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Assessorato	ASSESSORATO ISTRUZIONE, UNIVERSITA', POLITICHE GIOVANILI, AFFARI EUROPEI E PARTECIPATE
Struttura	CONTROLLO PROGETTI EUROPEI E STATALI
Funzionario incaricato/Esecutore del controllo	
Note	
Beneficiario	RAVA – Dipartimento Politiche del lavoro e della formazione

Allegato C al documento *Procedure per la gestione, la rendicontazione e il controllo del progetto “Riconoscimento dei trattamenti di cassa integrazione guadagni in deroga (CIGD) quale risposta all'emergenza sanitaria da Covid-19”*

N°	Verifica svolta	Documenti oggetto della verifica	Risposta	Note
1	Sono presenti e conservate presso il beneficiario le domande presentate dalle aziende richiedenti il trattamento di CIGD?	- Banca dati beneficiario - Domanda di contributo	SI NO N/A	
2	Le domande campionate che sono state presentate per il riconoscimento del trattamento di CIGD sono debitamente sottoscritte dalle aziende richiedenti?	- Banca dati beneficiario - Domanda di contributo	SI NO N/A	
3	Le domande campionate che sono state presentate dalle aziende richiedenti il trattamento di CIGD risultano correttamente compilate come previsto dalla procedura di cui all'Allegato n.1 della DGR ___ del ___?	- Progetto - Banca dati del beneficiario - Domanda di contributo	SI NO N/A	
4	Le domande presentate dalle aziende richiedenti il trattamento di CIGD, estratte dal campionamento in loco, risultano regolari e idonee al riconoscimento del trattamento di CIGD?	- Progetto - Banca dati del beneficiario - Domanda di contributo	SI NO N/A	
5	E' stata verificata, acquisendola e caricandola nel SI, la documentazione istruttoria utile al riconoscimento del trattamento di CIGD unitamente alle domande campionate presentate dalle aziende richiedenti?	- Progetto - Banca dati del beneficiario - Domanda di contributo	SI NO N/A	
6	Le istanze delle aziende presso le quali i percettori campionati erano in servizio nel periodo ritenuto ammissibile dalla presente operazione risultano autorizzate dal beneficiario con apposito provvedimento di concessione?	- Provvedimenti di concessione del beneficiario - Domanda di contributo - File ristretto	SI NO N/A	
7	I periodi autorizzati per ogni percettore campionato sono uguali o minori rispetto a quanto richiesto nell'istanza dell'azienda di appartenenza?	- Provvedimenti di concessione del beneficiario - Domanda di contributo - File ristretto	SI NO N/A	
8	I modelli SR41 sono correttamente compilati?	- Modelli SR41	SI NO N/A	
9	I codici fiscali dei percettori campionati, coincidono con i codici fiscali presenti nei modelli SR41 trasmessi dal datore di lavoro?	- CF campionati - Modelli SR41	SI NO N/A	
10	Per i percettori campionati, il numero di autorizzazione riportato nei modelli SR41 trasmessi dal datore di lavoro è coerente con quello comunicato da INPS sul SIP?	- Provvedimenti di concessione del beneficiario - Autorizzazione INPS - Modelli SR41	SI NO N/A	
11	Sono state verificate le quietanze dei mandati di pagamento per gli importi liquidati da INPS	- Progetto - Quietanza dei mandati di	SI NO N/A	

	ai percettori campionati?	pagamento - File ristretto		
--	---------------------------	-------------------------------	--	--

Data di validazione: DD/MM/AAAA

**Controllo di 1° Livello CONTROLLO
PROGETTI EUROPEI E STATALI**

- funzionario incaricato

**Firmato elettronicamente dalla struttura
responsabile del controllo: CONTROLLO
PROGETTI EUROPEI E STATALI**

nella persona di -