



Allegato 3

**VERBALE DI VERIFICA DELLA CONTABILITA' DI MAGAZZINO DELLA
ORGANIZZAZIONE PARTNER TERRITORIALE (OpT)**

Il giorno/...../....., alle ore il sottoscritto:

cognome.....nome

incaricato dalla Organizzazione partner Capofila (OpC):

.....,

si è recato presso l'Organizzazione partner Territoriale (OpT):

.....,

Codice Fiscale Struttura

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

sita in (.....), alla Via/Piazza....., n., destinataria di prodotti alimentari gratuiti da distribuire agli indigenti, finanziati dal "Fondo di aiuti europei per gli indigenti" (FEAD).

Il controllo, effettuato alla presenza del Sig./Sig.ra.....,

in qualità di.....ha accertato quanto segue:

- | | | |
|--|----|----|
| A) PRESENZA DELLE DICHIARAZIONI DI CONSEGNA | SÌ | NO |
| A.1) modalità cartacea | SÌ | NO |
| A.2) tramite SIFEAD | SÌ | NO |
| B) PRESENZA DEGLI ATTESTATI DI CONSEGNA | SÌ | NO |
| B.1) modalità cartacea | SÌ | NO |
| B.2) tramite SIFEAD | SÌ | NO |
| C) PRESENZA DEL REGISTRO DI CARICO | SÌ | NO |
| C.1) Il registro è cartaceo | SÌ | NO |
| C.2) Il registro è informatizzato tramite il sistema SIFEAD | SÌ | NO |
| C.3) Il registro è carente di informazioni o recante informazioni errate | SÌ | NO |
| C.4) Il registro, se cartaceo, è stato timbrato e firmato | SÌ | NO |
| C.5) La giacenza di magazzino è coerente con quanto riportato nel registro | SÌ | NO |



UNIONE EUROPEA
FEAD



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



Eventuali annotazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IL RAPPRESENTANTE DELLA OpT PRENDE ATTO DELLE ANOMALIE RISCONTRATE E SI IMPEGNA A CORREGGERLE ENTRO 30 GG., PENA LA SOSPENSIONE DAL PROGRAMMA DI CONSEGNA DEI PRODOTTI ALIMENTARI E FINO AL SUPERAMENTO DELLE STESSE.

Timbro e firma del:

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELLA OpT

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELLA OpC
