



Allegato 4

VERBALE DI VERIFICA DEI FASCICOLI DELLE PERSONE E/O DEI NUCLEI FAMILIARI ASSISTITE/I DALLA 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 DELL'ELENCO CARTACEO O INFORMATICO DELLE PERSONE/NUCLEI FAMILIARI ASSISTITI IN MANIERA CONTINUATIVA

A.1) Quanti sono i nuclei familiari assistiti n. _____

A.2) Qual è il numero delle persone assistite n. _____

B) PRESENZA DEI FASCICOLI

B.1) Quanti sono i fascicoli presenti n. _____

B.2) I fascicoli esaminati sono n. _____

B.3) Di cui, quelli carenti di documentazione sono n. _____



UNIONE EUROPEA
FEAD

fead

M

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

