***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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. PRESENZA DELLE DICHIARAZIONI DI CONSEGNA | SÌ | NO |
| A.1) modalità cartacea | SÌ | NO |
| A.2) tramite SIFEAD | SÌ | NO |
| 1. PRESENZA DEGLI ATTESTATI DI CONSEGNA | SÌ | NO |
| B.1) modalità cartacea | SÌ | NO |
| B.2) tramite SIFEAD | SÌ | NO |
| 1. 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 |

*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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_