***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:

1. **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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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