

Allegato F (rif. art. 8) VERBALE DI SOPRALLUOGO PRESSO SEDE OPERATIVA

Nell'ambito dell'attività istruttoria per la concessione dell'autorizzazione ad operare in qualità di Centro di Assistenza Agricola, relativa alla società _____, i funzionari regionali _____ e _____ in data _____ si sono recati presso la sede operativa,

sita in:

Comune	CAP	Indirizzo	Tel	Fax	e-mail

allo scopo di verificarne requisiti minimi di funzionalità.
La verifica è stata svolta tramite presa d'atto dei luoghi, dei mezzi, dei materiali, del personale e della documentazione messa a disposizione dalla società richiedente.

Potenzialità operativa

Relativamente alla sede operativa in oggetto, la società ha dichiarato una potenzialità operativa pari a n. _____ utenti.

Giorni e Orario di apertura della sede operativa: _____

Parametro	Verificato	Note
<u>Mezzi materiali</u>		
<u>Spazi</u> Gli spazi della sede operativa sono composti da:		
Una sala di attesa:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Un ufficio ad uso esclusivo del CAA, ovvero anche al contestuale esercizio delle attività CAF	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se viene contestualmente svolta l'attività di CAF e di CAA le due attività sono esplesate in orari e giorni diversi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Se viene contestualmente svolta l'attività di CAF e di CAA le due attività sono espletate utilizzando spazi e postazioni differenti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
La sede operativa del CAA è provvista di appositi contrassegni di identificazione visibili a terzi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
La disponibilità degli spazi è dimostrata tramite (contratto scritto, proprietà, diritto reale di godimento):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<u>Attrezzature di ufficio</u>			
N. 1 postazione operativa di lavoro, ad uso esclusivo del CAA, che possa in ogni caso garantire la privacy dell'utente:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di fotocopiatrice:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di telefono:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di Fax:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di seggiole, tavoli, scaffalature, armadi, ecc., adeguati all'operatività:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Collegamento ADSL permanente verso internet tramite Router, o collegamento più avanzato rispetto alle potenzialità telematiche territoriali,	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Collegamento con SIAN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Collegamento con SIAGRIFVG	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

<p><u>Organizzazione</u></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Regolamento della sede operativa</u>, definisce i giorni e gli orari di apertura al pubblico; le modalità di reperimento dei dati; i rapporti gerarchici del personale dell'ufficio; un mansionario nel quale siano individuati i compiti e le responsabilità attribuiti a ciascun soggetto operante nella sede operativa; le modalità di trasmissione dei dati all'AGEA e alla Regione; il sistema di controllo adottato per la verifica della veridicità delle dichiarazioni:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Protocollo</u> della documentazione in arrivo ed in partenza:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Un addetto (Cognome e nome _____), in qualità di responsabile tecnico della sede operativa, in possesso di uno dei seguenti requisiti professionali (verificato tramite acquisizione di autocertificazione dell'addetto ai sensi del DPR 445/00):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laurea afferente la facoltà di Agraria, ovvero in Scienze Economiche o diplomi di laurea equipollenti; • Diploma di scuola media superiore di perito agrario o agrotecnico; • Iscrizione all'albo professionale per almeno due anni. • Esperienza lavorativa nel campo dell'assistenza o della consulenza amministrativa in favore di operatori agricoli almeno biennale. • Avere prestato attività lavorativa con mansioni di concetto all'interno di organizzazioni sindacali o di categoria del settore agricolo, nello specifico campo dell'assistenza ai produttori per l'ottenimento di contributi sottostanti ai piani di intervento della Comunità europea, per almeno tre anni. 	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>
<p>In relazione al carico di lavoro della sede operativa, si rileva anche la presenza di numero _____ operatori:</p> <p>Cognome e nome _____ e Profilo professionale _____</p> <p>Cognome e nome _____ e Profilo professionale _____</p> <p>Cognome e nome _____ e Profilo professionale _____</p>		

Il rapporto di lavoro del personale (dipendenti o collaboratori) è dimostrata tramite:

SI

NO

Sulla base della verifica tecnica sopra svolta, I FUNZIONARI INCARICATI PROPONGONO che la sede operativa sia dotata di **idonea** - **non idonea** capacità operativa¹, intesa come possesso di un livello di mezzi materiali, professionali ed organizzativi tale da consentire l'adempimento di tutte le necessità degli utenti assistiti e degli organismi pagatori per quanto attiene il reperimento, la verifica, l'informatizzazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati.

Note ed eventuali allegati al verbale:

Luogo e data:

_____ il _____

I FUNZIONARI INCARICATI

Nome

Firma

VISTO: IL PRESIDENTE

¹ Cancellare l'opzione che non interessa.