

**ASSESSORATO REGIONALE DELL'AGRICOLTURA,  
DELLO SVILUPPO RURALE E DELLA PESCA MEDITERRANEA**

**DIPARTIMENTO REGIONALE DELL'AGRICOLTURA**

**VERBALE DI SOPRALLUOGO**

(D. LGS. 165/1999 ART. 3 BIS - D.M. 27/03/2008 - D.G.R. n. 265 del 27/07/2012)

In data \_\_\_\_\_ presso la sede operativa sotto individuata, ha inizio il sopralluogo volto ad accertare il possesso dei requisiti minimi di garanzia e funzionamento, ai fini dell'abilitazione della sede stessa richiesta dal CAA \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

RESPONSABILE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

GIORNI E ORARI DI RICEVIMENTO \_\_\_\_\_

CODICE AGEA \_\_\_\_\_

(solo in caso di variazione indirizzo di sede già abilitata)

Il sopralluogo è effettuato dal/i funzionario/i dell'amministrazione : *(Cognome e Nome)*

\_\_\_\_\_

in servizio presso *(indicare l'ufficio)* \_\_\_\_\_

In rappresentanza del CAA è presente ed è stato identificato :

il responsabile della sede *(Cognome e Nome)*

\_\_\_\_\_

ovvero

un collaboratore della sede appositamente delegato *(Cognome e Nome)*

\_\_\_\_\_

La verifica viene svolta tramite presa d'atto dei luoghi, dei mezzi materiali, del personale, dell'assetto organizzativo e della documentazione messa a disposizione dalla società richiedente, ivi compresa quella già trasmessa e verificata dal competente Servizio della sede centrale del Dipartimento.

**LUOGHI****SI / NO****Note**

L'indirizzo della sede operativa corrisponde a quello indicato nell'istanza di abilitazione.	_____	
I locali della sede sono predisposti per essere adibiti esclusivamente all'esercizio dell'attività di CAA ovvero al contestuale esercizio dell'attività di CAF, in orari e giorni diversi.	_____	
E' dimostrata la disponibilità dei locali (proprietà, locazione, comodato, leasing, etc), tramite idoneo titolo di possesso.	_____	
Il titolo di possesso scritto contiene i dati necessari ad identificare i locali oggetto dell'atto e i contraenti, uno dei quali deve essere riconducibile al legale rappresentante del CAA o al responsabile della sede.	_____	
L'atto è stato regolarmente registrato.	_____	
E' disponibile la certificazione da parte del Comune dell'agibilità dei locali ad uso ufficio, direzionale, commerciale	_____	
E' stata inoltrata la richiesta di agibilità al Comune negli ultimi 60 giorni	_____	
E' stata inoltrata la richiesta di agibilità al Comune da più di 60 giorni e si è formato il silenzio-assenso, come da dichiarazione resa dall'istante.	_____	

<p>Visura catastale</p> <p>A10 Uffici e studi privati</p> <p>B 4 Uffici pubblici</p> <p>C 1 Negozi e botteghe</p> <p>D5 Istituti di credito, cambio e assicurazione</p> <p>D8 Fabbricati costruiti o adottati per le speciali esigenze di un'attività commerciale e non suscettibili di destinazione diversa.</p>	<p>indicare la categoria</p> <p>_____</p>	
<p>Visura catastale</p> <p>I dati catastali (foglio di mappa e particelle) corrispondono a quelli indicati nel titolo di possesso e nella certificazione di agibilità.</p>	<p>_____</p>	
<p>L'orario di apertura ufficiale, confermato dal responsabile della sede e in premessa indicato, è di almeno 5 ore giornaliere per almeno due giorni a settimana.</p>	<p>_____</p>	
<p>E' prevista una sala di attesa con adeguata distanza dalle postazioni operative.</p>	<p>_____</p>	
<p>E' stato predisposto un archivio chiuso non accessibile al pubblico che sia in grado di consentire un'agevole consultazione delle pratiche e garantire adeguata sicurezza e riservatezza della documentazione conservata.</p>	<p>_____</p>	

**MEZZI MATERIALI****SI / NO****Note**

<p>La sede è dotata di telefono, fax, fotocopiatrice, stampante/i, computer / postazioni operative uso CAA collegamento ADSL</p>	<p>_____</p> <p>(indicare il numero)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Il recapito ufficiale di posta elettronica della sede, da utilizzare per qualsiasi comunicazione, è confermato dal responsabile della sede come quello indicato in premessa.</p>	<p>_____</p>	
<p>La dotazione materiale e tecnica in dotazione è nel complesso adeguata all'attività da svolgere.</p>	<p>_____</p>	
<p>E' stato predisposto un adeguato sistema d'archiviazione che garantisca la sicurezza e la separazione dei fascicoli aziendali dal resto dell'attività svolta.</p>	<p>_____</p>	

**PERSONALE****SI / NO****Note**

<p>Il responsabile di sede, confermato nella persona indicata nell'istanza di abilitazione e in premessa, intrattiene un rapporto di lavoro con il CAA, in regola con gli obblighi fiscali previdenziali e assicurativi.</p>	<p>_____</p>	
<p>I collaboratori della sede (n. _____) intrattengono un rapporto di lavoro con il CAA, in regola con gli obblighi fiscali previdenziali e assicurativi.</p>	<p>_____</p>	
<p>I requisiti professionali e oggettivi del responsabile della sede e degli operatori sono in linea con le previsioni normative, come da dichiarazioni acquisite ed eventuale documentazione a supporto</p>	<p>_____</p>	



Sulla base della verifica svolta finalizzata a stabilire l'idonea capacità operativa, intesa come possesso di un livello di mezzi materiali, professionali ed organizzativi, tale da consentire l'adempimento di tutte le necessità degli utenti assistiti, degli organismi pagatori e delle altre pubbliche amministrazioni per quanto attiene il reperimento, la verifica, l'informatizzazione, l'elaborazione e la trasmissione informatica dei dati utili a comprovare il diritto degli utenti a beneficiare dei contributi e degli interventi richiamati dal D.M. 27/03/2008.

**PER LA SEDE OPERATIVA OGGETTO DEL SOPRALLUOGO SI ESPRIME PARERE**

**FAVOREVOLE**

**NON FAVOREVOLE**

Il presente verbale di abilitazione viene redatto in duplice copia con sottoscrizione in originale di ciascun esemplare e una copia dello stesso, debitamente compilato e sottoscritto, viene consegnata al responsabile / operatore della sede CAA interessata.

Il CAA prende atto che l'esito del presente sopralluogo non chiude il procedimento di abilitazione e che lo stesso sarà portato a conoscenza del competente Servizio della sede centrale del Dipartimento per gli adempimenti e il seguito di competenza.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**IL/I FUNZIONARIO/I INCARICATI**

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

**IL RAPPRESENTANTE DEL CAA**

\_\_\_\_\_