



**Regione Lombardia**

Organismo Pagatore Regionale

# **PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE 2014 – 2020**

**MISURA 10**

Pagamenti agro-climatico-ambientali

**SOTTOMISURA 10.1**

Pagamenti per impegni agro-climatico-ambientali

**MANUALE OPERATIVO PER LA  
GESTIONE E IL CONTROLLO DELLE  
DOMANDE DI SOSTEGNO E DI  
PAGAMENTO**

**PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE 2014-2020**  
**REGOLAMENTO DI ESECUZIONE (UE) N. 809/2014**  
Misura 10 – Sottomisura 10.1 – Operazione 10. \_\_\_\_\_

## **CONTROLLO IN LOCO**

### **Parte relativa alla verifica degli impegni**

*(ai sensi dell'art. 37 del Regolamento di esecuzione (UE) N. 809/2014)*

## **RELAZIONE DI CONTROLLO**

*(ai sensi dell'art. 41 del Regolamento di esecuzione (UE) N. 809/2014)*

AFCP/Provincia di Sondrio \_\_\_\_\_

CUAA	RAGIONE SOCIALE

Controllo avviato (primo ingresso in azienda) in data: \_\_\_\_\_

Persone presenti	Ufficio/struttura/azienda	Qualifica
funzionario _____	_____	_____
funzionario _____	_____	_____

**Rappresentante del beneficiario presente al controllo:**

Cognome Nome _____
in qualità di: <b>rappresentante legale/titolare/contitolare/delegato</b> (cancellare le voci che non interessano)
Riconosciuto mediante:
Tipologia documento _____ n. _____
Ente che ha rilasciato il documento: _____
Data rilascio: _____ Data scadenza _____
IN CASO SI DELEGA:

Delega presente ed allegata alla relazione

**Terze persone presenti al controllo:**

Cognome Nome \_\_\_\_\_

in qualità di: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Riconosciuto mediante:

Tipologia documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ente che ha rilasciato il documento: \_\_\_\_\_

Data di rilascio: \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

Cognome Nome \_\_\_\_\_

in qualità di: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Riconosciuto mediante:

Tipologia documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Ente che ha rilasciato il documento: \_\_\_\_\_

Data di rilascio: \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI ALLA DOMANDA E AL BENEFICIARIO**

Domanda estratta a controllo secondo il criterio di  RISCHIO

RANDOM

Numero domanda sottoposta a controllo

\_\_\_\_\_

Anno impegno

1 2 3 4 5 6

**Funzionario istruttore:**

\_\_\_\_\_

**CUAA:**

\_\_\_\_\_

**RAGIONE SOCIALE:**

\_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE O DOMICILIO:**

Via \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

	Comune _____ Prov. _____ CAP _____		
<b>LOCALITA' DEL CONTROLLO:</b>	_____		
	Misura / Operazione	Tipologia intervento o gruppo di coltura	Ha (dichiarati)
Misure/gruppo di coltura controllo			

**DATI RELATIVI AL PREAVVISO**

<input type="checkbox"/>	Preavviso effettuato in data _____ per mezzo di _____
<input type="checkbox"/>	Preavviso non effettuato

**SCHEDA IDENTIFICATIVA CAMPIONE/ VERBALE DI PRELIEVO (dove previsto)**

DATA PRELIEVO _____					
<b>Nome e cognome di chi ha effettuato il prelievo</b> (da riportare in forma abbreviata anche sul contenitore del campione insieme alla Provincia/Città Metropolitana, alla data e al numero identificativo del campione) _____					
Sigla Provincia (da riportare anche sul contenitore) _____			Sigla funzionario _____		
Ragione Sociale: _____					
CUAA: _____					
<b>MISURA 10 PAGAMENTI AGRO – CLIMATICO - AMBIENTALI</b>					
<b>SOTTOMISURA: 10.1.</b>					
TIPO MATERIALE PRELEVATO <input type="checkbox"/> FOGLIE <input type="checkbox"/> ACQUA <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____					
<b>ID_ CAMPIONE</b>	<b>Comune</b>	<b>FG.</b>	<b>Part.</b>	<b>Coltura</b>	<b>ESITO</b> <i>(riportato sul verbale non appena disponibile)</i>

Note _____					
_____					
_____					

Il funzionario incaricato del prelievo \_\_\_\_\_

Il beneficiario/suo delegato (per accettazione) \_\_\_\_\_

**VERIFICA DELLE SUPERFICI**

<input type="checkbox"/> Misurazione effettuata dal funzionario durante il controllo in loco tramite GPS <input type="checkbox"/> Misurazione effettuata da OPLO tramite GPS o con foto acquisite da drone <input type="checkbox"/> Misurazione effettuata da AGEA tramite foto dal satellite ed eventuale uscita in campo (nella norma la misurazione delle particelle a premio viene svolta da AGEA tramite GIS)
Note: _____
_____
_____

**VERIFICA DEI TITOLI DI CONDUZIONE**

effettuata tramite verifica in SISCO dei titoli di conduzione caricati sul Fascicolo Aziendale

<b>Indicare le superfici per le quali i titoli di conduzioni NON SONO PRESENTI/VERIFICABILI o danno ESITO NEGATIVO:</b>			
<b>Prov.</b>	<b>Comune</b>	<b>Foglio</b>	<b>Mappale</b>

Note: _____			
_____			
_____			

**VERIFICA DEI SOLI IMPEGNI DI MISURA VERIFICABILI DIRETTAMENTE IN LOCO**

- ESITO CONTROLLO IMPEGNI POSITIVO  
Nessuna inadempienza riscontrata (eventuali foto geolocalizzate)
  
- ESITO CONTROLLO IMPEGNI NEGATIVO O PARZIALMENTE POSITIVO  
Riscontrate inadempienze (foto geolocalizzate)

**ELENCO DEI DOCUMENTI** acquisiti in fase di controllo in loco per svolgere le ulteriori necessarie verifiche degli impegni:

Descrizione Documento	Data acquisizione	Firma del beneficiario	Firma del funzionario controllore
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____

9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____
11. _____	_____	_____	_____
12. _____	_____	_____	_____
13. _____	_____	_____	_____
14. _____	_____	_____	_____
15. _____	_____	_____	_____
16. _____	_____	_____	_____
17. _____	_____	_____	_____
18. _____	_____	_____	_____
19. _____	_____	_____	_____
20. _____	_____	_____	_____
21. _____	_____	_____	_____
22. _____	_____	_____	_____
23. _____	_____	_____	_____
24. _____	_____	_____	_____
25. _____	_____	_____	_____

Con la firma si conclude la fase di controllo effettuata in loco.

Controllori presenti	Firma
funzionario _____	_____
funzionario _____	_____
funzionario _____	_____

***Il sottoscritto \_\_\_\_\_ prende atto di quanto riscontrato durante il presente controllo in loco svolto ai fini dell'accertamento della verifica impegni sottoscritti con la domanda di adesione alla misura 10 fatti salvi gli ulteriori controlli amministrativi che verranno effettuati successivamente dall'Organismo delegato AFCP/Provincia di Sondrio volti a verificare la correttezza di tutta la documentazione acquisita e le registrazioni riportate sui quaderni di campagna. A conclusione del controllo il beneficiario riceverà l'esito finale a cui potrà presentare memorie entro 10 giorni dal ricevimento.***

Firma del Beneficiario \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE DA PARTE DEI FUNZIONARI CONTROLLORI E DEL BENEFICIARIO

**I campi seguenti vengono compilati nel caso in cui, nel contesto della visita, il controllore o il beneficiario desiderino verbalizzare dichiarazioni o annotazioni utili all'esito del controllo.**

<p><b>Rapporto particolareggiato:</b></p> <p>Note e integrazioni degli incaricati al controllo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p>Firma degli incaricati al controllo _____</p> <p>Visto del Supervisore (il Supervisore è la figura gerarchicamente superiore a colui che svolge il controllo. Es. se il controllo è svolto da un funzionario, sarà il suo Responsabile, se il controllo è svolto dal Responsabile, sarà il Dirigente)</p> <p>_____</p>
---

**Eventuali dichiarazioni del beneficiario:**

---

---

---

---

Firma del beneficiario o suo delegato: \_\_\_\_\_

**L'ESITO DEL CONTROLLO SUL MANTENIMENTO DEGLI IMPEGNI DI MISURA SI COMPILA UNA VOLTA TERMINATE TUTTE LE VERIFICHE, ANCHE QUELLE AVVENUTE IN UFFICIO TRAMITE DOCUMENTAZIONE, REGISTRI E MATERIALE REPERITO DURANTE LA VISITA IN LOCO**

**Verifica degli impegni:**

- Verifica del rispetto degli impegni effettuata (check list allegata per ciascuna Operazione)
- Verifica impegni pertinenti di Condizionalità e requisiti minimi (RM FIT – RM FERT) effettuata (check list allegata)
- Verifica del rispetto dei criteri di mantenimento della superficie in uno stato idoneo al pascolo o alla coltivazione e attività agricola minima (check list allegata)

Da compilare solo nel caso siano state riscontrate inadempienze:

- I danni causati dalle inadempienze riscontrate non sono tali da compromettere l'obiettivo dell'operazione e possono essere rimediati tramite intervento del beneficiario da riverificare entro il termine massimo di tre mesi (rif. Art. 36 del Reg. delegato (UE) 640/2014)
- I danni causati dalle inadempienze sono gravi o comunque non possono essere rimediati tramite azioni di ripristino
- Si dispone un piano di ripristino e un nuovo controllo in loco per verificare che l'obiettivo della misura sia stato ottemperato (termine massimo di tre mesi) \_\_\_\_\_
- Le inadempienze riscontrate sono state reiterate nel tempo (eventuali foto o evidenze)

La documentazione allegata al presente verbale (check list controllo impegni, check list di Verifica impegni pertinenti di Condizionalità e requisiti minimi (RM FIT – RM FERT), check list di Verifica del rispetto dei criteri di mantenimento della superficie in uno stato idoneo al pascolo o alla coltivazione e attività agricola minima, check list controllo dichiarazioni sostitutive, ovvero titoli di conduzione) è parte integrante dello stesso.

