



## ALLEGATO 5

# VERBALE DI VERIFICA ISPETTIVA

*Controlli eseguiti ai sensi dell'art. 60.b del Reg CE 1083/2006 e art. 13.2 del Reg CE 1828/2006*

SOGGETTO ATTUATORE

N° CORSO	SEDE DI SVOLGIMENTO	DENOMINAZIONE CORSUALE	N° ORE	N° ALLIEVI PREVISTI	N° PRESENTI

CONVENZIONE/ATTO DI ADESIONE: N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE
---------------

DATA SOPRALLUOGO: \_\_\_\_\_

ESEGUITO DA : \_\_\_\_\_

SEDE FORMATIVA ACCREDITATA:

SI ☐NO ☐

(estremi accreditamento\_\_\_\_\_)

**SONO PRESENTI AL SOPRALLUOGO:**

[illegible]

CALENDARIO SETTIMANALE ATTIVITA' PRATICA (riferito alla settimana precedente in cui viene svolta la verifica):  
ALLEGARE VERBALE

CALENDARIO SETTIMANALE ATTIVITA' TEORICA (riferito alla settimana precedente in cui viene svolta la verifica):  
ALLEGARE VERBALE

DATA INIZIO CORSO: \_\_\_\_\_

TOTALE ORE CORSUALI REALIZZATE AL MOMENTO DELLA VERIFICA \_\_\_\_\_

TOTALE ORE GIORNALIERE \_\_\_\_\_

N° ALLIEVI PRESENTI NELLA GIORNATA ODIERNA:

N° ALLIEVI PRESENTI GIORNALMENTE NELLA SETTIMANA PRECEDENTE LA VERIFICA

LUN\_\_\_\_\_ MAR\_\_\_\_\_ MER\_\_\_\_\_ GIO\_\_\_\_\_ VEN\_\_\_\_\_ SAB\_\_\_\_\_

ALLIEVI TRANSITATI	SI	NO	N. ALLIEVI TRANSITATI	NOMINATIVO ALLIEVI E CORSO DI PROVENIENZA
DA ALTRI ORGANISMI DI FORMAZIONE				
DALLO STESSO ORGANISMO				

REGOLARITA' FIRME SUL REGISTRO	SI	NO
ALLIEVI (IN ENTRATA)		
ALLIEVI (IN USCITA)		

REGOLARITA' FIRME SUL REGISTRO:	SI	NO
DOCENTE		
TUTOR		
DIRETTORE		

DESCRIVERE ANOMALIE (se riscontrate):

---

---

---

---

DOCENTE PRESENTE IN AULA _____ MATERIA DI INSEGNAMENTO _____ TEORIA <input type="checkbox"/> PRATICA <input type="checkbox"/>		
	SI	NO
ARGOMENTI TRATTATI DESCRITTI CORRETTAMENTE SUL REGISTRO		
REGOLARE DESCRIZIONE NEL REGISTRO DELLE MATERIE SVOLTE NEI GIORNI PRECEDENTI		
UNITAMENTE AL PREDETTO DOCENTE E' PRESENTE IL TUTOR SIGNOR _____ _____		

	SI	NO
LE ATTIVITA' SONO REGOLARMENTE SVOLTE SECONDO IL CALENDARIO INVIATO ALLA RAS?		
VENGONO UTILIZZATE LE AULE ACCREDITATE?		
I REGISTRI DI CLASSE SONO PRESENTI IN ORIGINALE E SONO DEBITAMENTE COMPILATI ALLA DATA DEL SOPRALLUOGO?		
IL CONTENUTO DELLE DOCENZE IN CORSO E' CONFORME AL PROGETTO APPROVATO?		
SONO STATI RISPETTATI I CRITERI DI PUBBLICIZZAZIONE DELLE AZIONI FORMATIVE?		
SONO STATI RISPETTATI I CRITERI DI SELEZIONE DEGLI ALLIEVI?		
E' STATA VERIFICATA L'INESISTENZA DI PROCEDURE DI FALLIMENTO, LIQUIDAZIONE COATTA, CONCORDATO PREVENTIVO E CHE NON SONO IN CORSO PROCEDIMENTI PER LA DICHIARAZIONE DI UNA DI TALI SITUAZIONI A CARICO DEL SOGGETTO ATTUATORE?		
IL DOCENTE E' QUELLO RICOMPRESO NELL'ELENCO TRASMESSO ALL'ASSESSORATO (CON NOTA N° _____)		
IL DOCENTE E' IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALLE DISPOSIZIONI ATTUATIVE		
I DOCENTI IMPEGNATI NEL CORSO SONO IN POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI DALLE DISPOSIZIONI ATTUATIVE (VERIFICARE CURRICULA)		
IL TUTOR E' RICOMPRESO NELL'ELENCO TRASMESSO DALL'ASSESSORATO (CON NOTA N° _____)		
L'ATTIVITA' IN SVOLGIMENTO RISULTA CHIARAMENTE RIPORTATA NEL REGISTRO		
GLI ALLIEVI SONO STATI MESSI AL CORRENTE DEGLI OBIETTIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE ATTRAVERSO L'ATTIVITA' DIDATTICA IN SVOLGIMENTO		
IL MATERIALE UTILIZZATO RISULTA CHIARAMENTE RIPORTATO NEL REGISTRO		
E' STATA RISCONTRATA REGOLARITA' NELLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA RELATIVA ALLA SEDE UTILIZZATA PER LE ATTIVITA' CORSUALI (ACCREDITAMENTO, CONTRATTO REGISTRATO, ECC.)		

DI QUALI SUSSIDI DISPONGONO GLI ALLIEVI PER SEGUIRE CON PROFITTO L' ATTIVITA'		
(descrivere tenendo conto di quanto previsto in progetto):		
TESTI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISPENSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTRO (descrivere)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

DI QUALI ATTREZZATURE DISPONGONO PER SVOLGERE LE ESERCITAZIONI IN MODO PROFICUO
(descrivere tenendo conto di quanto previsto in progetto)
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

INDUMENTI PROTETTIVI INDOSSATI DURANTE LE ESERCITAZIONI :
<hr/>
<hr/>
<hr/>
<hr/>

QUALI SUSSIDI UTILIZZA IL DOCENTE PER LO SVOLGIMENTO DELLA SUA ATTIVITA'		
LAVAGNA TRADIZIONALE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LAVAGNA A FOGLI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LAVAGNA MAGNETICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TEST	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DISPENSE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MONOGRAFIE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VIDEO-REGISTRATORE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PROIETTORE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TABELLONI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COMPUTER	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
STRUMENTI DI RILEVAZIONE E/O MISURA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTRO (descrivere):	<hr/>	
	<hr/>	

STAGE
STAGE PRESSO
<hr/>
ALLIEVI COMPLESSIVI INSERITI NELL' AZIENDA <hr/>

DOCENTI E TUTOR COINVOLTI
_____
_____

AL MOMENTO DELLA VERIFICA E' STATA RILEVATA DAI REGISTRI L'ATTIVITA' DI STAGE DI SEGUITO DESCRITTA:

_____
_____
_____

REPARTO <input type="checkbox"/>	AREA LAVORATIVA <input type="checkbox"/>	UFFICIO <input type="checkbox"/>
ALLIEVI PRESENTI N. _____		
DOCENTE E/O TUTOR PRESENTI SIG. _____		

DESCRIVERE ANOMALIE RISCONTRATE:
_____
_____
_____

EVENTUALI DICHIARAZIONI RILASCIATE DALL'ORGANISMO:
_____
_____
_____

FIRMA DEI FUNZIONARI REGIONALI:

## IL RAPPRESENTANTE DELL'ORGANISMO

SIG.

IN QUALITÀ DI \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI A CURA DEI FUNZIONARI RELATIVAMENTE AL SOPRALLUOGO DI CUI TRATTASI:

FIRMA DEI FUNZIONARI INCARICATI