



## PROCEDURA PER LA VALIDAZIONE DEL CONTROLLORE DI PRIMO LIVELLO PER I PROGETTI APPROVATI NELL'AMBITO DEL PO MED

### • A CHI SPETTA LA SELEZIONE DEI CONTROLLORI DI 1° LIVELLO?

La selezione dei controllori di primo livello spetta ai singoli beneficiari, sia pubblici che privati, che provvedono, nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale, ad affidare le attività di verifica a coloro che sono in possesso dei requisiti di **professionalità, onorabilità, indipendenza e conoscenza delle lingue del programma MED** (inglese e/o francese).

### • COME SI SELEZIONANO I CONTROLLORI DI 1° LIVELLO?

Nel caso di **Amministrazioni Pubbliche** (di cui all'art. 1 comma 2 del D.Lgs. 165/ 2001 e successive modifiche e integrazioni) il controllore può essere scelto **sia all'interno dell'amministrazione, che all'esterno**. In **tutti gli altri casi** può essere scelto solo un **controllore esterno**.

Per effettuare la selezione il beneficiario è tenuto all'applicazione del codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 163/2006) e delle regole del public procurement (cfr. Fact sheets del PO Med, Manuale per la Rendicontazione delle spese e normativa successiva).

### • COME SI EFFETTUA LA VALIDAZIONE DEL CONTROLLORE SELEZIONATO?

Il beneficiario una volta espletata la procedura di selezione del controllore deve inviare la relativa documentazione **solamente via e-mail** all'indirizzo [med.ncp@regione.toscana.it](mailto:med.ncp@regione.toscana.it), avendo cura che la versione digitale **risulti ben leggibile**. Si prega di **comunicare il vostro indirizzo pec** ai fini dell'invio dell'attestazione di validazione.

La documentazione necessaria alla richiesta, secondo quanto indicato di seguito, deve essere allegata alla mail e indirizzata all'attenzione del Rappresentante del Programma Med nella Commissione Mista, Dott.ssa Mara Sori – Regione Toscana - Settore Attività Internazionali – P.zza dell'Unità Italiana, 1 – 50123 Firenze. Tutta la modulistica è disponibile sul sito [www.programmemed.eu](http://www.programmemed.eu) – Sezione Informazioni Nazionali – Italia.

<u>PER CONTROLLORE INTERNO</u>	<u>PER CONTROLLORE ESTERNO</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lettera di trasmissione su carta intestata del beneficiario, protocollata in uscita e firmata dal responsabile legale (<a href="#">allegato 1 a</a>)</li> <li>Scheda informativa (<a href="#">allegato 2</a>)</li> <li>Dichiarazione attestante il possesso dei requisiti di indipendenza dell'ufficio (firmata dal Legale Rappresentante indicato)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lettera di trasmissione su carta intestata del beneficiario, protocollata in uscita e firmata dal responsabile legale (<a href="#">allegato 1 b</a>)</li> <li>Scheda informativa (<a href="#">allegato 2</a>)</li> <li>Dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante i requisiti di onorabilità, professionalità, indipendenza e conoscenza</li> </ul>

nell'allegato 2), supportata da un atto amministrativo (come ad esempio una delibera di Giunta) o da un organigramma.	della lingua straniera prevista dal programma (se individuo <a href="#">allegato 5</a> , se società <a href="#">allegato 6</a> )
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organigramma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocertificazione di iscrizione all'albo dei commercialisti o dei revisori contabili (se individuo <a href="#">allegato 3</a>, se società <a href="#">allegato 4</a>)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dichiarazione attestante la conoscenza della lingua del Programma da parte dell'ufficio selezionato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia fronte/retro del documento di identità.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizzazione al trattamento dei dati personali</li> </ul>

#### • QUAL È L'ITER DI VERIFICA PER LA VALIDAZIONE?

Il rappresentante del Programma MED verifica la documentazione ricevuta e, in caso di irregolarità o mancanze, richiede le [integrazioni necessarie](#) al beneficiario.

Una volta in possesso della documentazione completa, il rappresentante del Programma MED invia la [richiesta di validazione alla Commissione Mista](#) con nota protocollata comprensiva di una checklist dei documenti ricevuti e dei relativi allegati.

I membri della Commissione Mista verificano la corrispondenza di quanto dichiarato nella documentazione ricevuta ed i requisiti richiesti al certificatore ed esprimono il proprio assenso/dissenso al Presidente della Commissione Mista [entro il termine massimo di 10 giorni lavorativi](#). Il termine può essere [ridotto a 4 giorni in caso di eccezionale urgenza](#) a seguito di [motivazione scritta del beneficiario richiedente indicata nella mail di trasmissione](#) al rappresentante del Programma.

Il Presidente della [Commissione Mista autorizza](#) con nota protocollata il Rappresentante del Programma a [sottoscrivere l'attestazione di conferma della validazione e a trasmetterla al beneficiario via pec e all'Autorità dei Gestione Unica del Programma MED](#).

Successivamente il [Segretariato del Programma MED comunicherà al certificatore la password di accesso al sistema PRESAGE](#) per effettuare la certificazione della spesa del beneficiario.

#### • A COSA PRESTARE ATTENZIONE?

- ∅ In tutti gli Allegati, si deve sempre [indicare](#), ove ci si riferisce all'operazione (progetto), [l'acronimo e il codice di riferimento del progetto](#), secondo il formato attribuito dal Programma MED e visualizzabile sul sistema Presage (es. [XX-MEDXX-XXX](#));
- ∅ Nell'Allegato 2 dovrà essere indicato [il numero di fax di preferenza](#) al quale ricevere l'Attestazione di Validazione del Controllore;
- ∅ Si deve verificare [l'omogeneità delle informazioni rispetto al soggetto firmatario della richiesta e delle attestazioni](#);
- ∅ La documentazione deve essere sottoscritta dal [Legale Rappresentante indicato in fase di candidatura](#) del progetto e menzionato nel sistema Presage;
- ∅ Per il certificatore interno, si deve [verificare che la Dichiarazione di indipendenza funzionale tra le strutture, sia sottoscritta dal Legale Rappresentante](#);
- ∅ In caso di [urgenza](#), si prega di [specificare nella mail di trasmissione](#), la richiesta di [procedura di urgenza \(4 giorni lavorativi\)](#).

PER ULTERIORI INFORMAZIONI E RIFERIMENTI:

Punto di Contatto Nazionale PO MED per l'Italia: [med.ncp@regione.toscana.it](mailto:med.ncp@regione.toscana.it) - tel. 055 438 2802.