

**Allegato n. 1**  
**Verbale di sopralluogo e di verifica delle sedi operative C.A.A.**  
**ai sensi del D.M. 21.02.2024 n. 83709**

Tipo di Verifica

- Adeguamento ai requisiti minimi del DM 21/02/2024 delle sedi operative CAA già operanti;
- Autorizzazione all'abilitazione/variazione di indirizzo delle sedi operative CAA

Nell'ambito dell'attività istruttoria per la concessione dell'autorizzazione/adeguamento ad operare in qualità di Centro Autorizzato di Assistenza Agricola, relativa alla società \_\_\_\_\_ il/i funzionario/i regionale/i \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ si sono recati presso la sede operativa, sita in:

Comune	Provincia	Indirizzo	Cap	Tel	e-mail/pec

allo scopo di verificarne requisiti minimi di funzionalità.

La verifica è effettuata alla presenza del Sig.....in qualità di ..... tramite presa d'atto dei luoghi, dei mezzi, dei materiali, del personale e della documentazione messa a disposizione dalla società richiedente.

Eventuali Note: \_\_\_\_\_

Giorni e Orario di apertura della sede operativa, per almeno 5 ore giornaliere anche se non consecutive e per almeno due giorni la settimana:

\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
Giorno/i apertura

\_\_\_\_\_ ! \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | ! \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura

Parametro	Verificato		Note
<b><u>Mezzi materiali</u></b>			
<b>Gli spazi della sede operativa sono composti da:</b>			
Un idoneo locale destinato all'accoglienza del pubblico, debitamente separato dai locali adibiti alla assistenza/compilazione delle domande	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Un locale ad uso esclusivo del CAA, ovvero anche al contestuale esercizio delle attività CAF:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Un archivio, situato nelle sede dove si svolge l'assistenza, separato dai precedenti locali, non accessibile al pubblico, ad uso esclusivo del CAA, che sia in grado di consentire un'agevole consultazione delle pratiche. Gli spazi debbono poter essere chiusi e, in ogni caso, garantire adeguata sicurezza e riservatezza della documentazione conservata	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Un servizio igienico accessibile anche al pubblico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
La sede operativa del CAA è facilmente identificabile mediante apposita targa esplicativa provvista di appositi contrassegni di identificazione visibili a terzi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
La disponibilità degli spazi è dimostrata tramite titolo di possesso regolarmente registrato (atto di compravendita, contratto di locazione, sublocazione, comodato, leasing): intestato a _____ in qualità di _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

<p><b>Categoria Catastale</b></p> <p>A 10: Uffici e studi privati;</p> <p>B 4 Uffici pubblici</p> <p><input type="checkbox"/> C 1 Negozi e botteghe</p> <p><input type="checkbox"/> D5 Istituti di credito, cambio e assicurazione</p> <p><input type="checkbox"/> D8 fabbricati costruiti o adottati per le speciali esigenze di un'attività commerciale e non suscettibili di destinazione diversa senza radicali trasformazioni</p>			
<p>Certificazione da parte del Comune ove è ubicata la sede operativa dell'agibilità dei locali ad uso ufficio, direzionale, commerciale</p> <p>Ovvero la richiesta di agibilità presentata al competente Comune di .....</p> <p>in data ....., e le eventuali comunicazioni del Comune in merito all'istanza presentata.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Sicurezza nei luoghi di lavoro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuale Documento di Valutazione dei Rischi previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza nei Luoghi di lavoro ai sensi del Dlgs. 81/2008</li> <li>• I locali adibiti a CAA sono in regola con la vigente normativa in materia di sicurezza e tutela della salute dei lavoratori e con la vigente normativa in materia di sicurezza dei locali aperti al pubblico</li> </ul>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Presenza di almeno n. 1 postazione operativa di lavoro, ad uso esclusivo del CAA, che possa in ogni caso garantire la riservatezza dell'assistito</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Disponibilità di fotocopiatrice:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	

Disponibilità di telefono	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"/>	
Dotazione informatica e telematica a consentire la connessione con il SIAN e con gli altri sistemi informatici degli organismi pagatori regionali, anche ai fini della tracciabilità, dei processi di elaborazione dei dati effettuati dagli operatori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b><u>Organizzazione</u></b>			
<u>Regolamento della sede operativa</u> , redatto dal responsabile della sede operativa e sottoscritto dal legale rappresentante del CAA, o dall'Amministratore della società di servizi di cui si avvale, il CAA definisce i giorni e gli orari di apertura al pubblico, per almeno 5 ore giornaliere anche se non consecutive e per almeno 2 giorni a settimana, 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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<u>Protocollo</u> della documentazione in arrivo ed in partenza:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
E' garantita la presenza di un numero di dipendenti tale da assicurare un rapporto operatore/utente comunque non superiore a un numero di fascicoli medio per operatore, pari a 350 fascicoli attivi che abbiano complessivamente una consistenza aziendale media in termini di superficie non superiore a 9.000 ettari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<u>Numero dei fascicoli attivi .....</u>			

<p><b><u>Personale dipendente</u></b> Sono impiegati esclusivamente operatori in regime di lavoro dipendente subordinato a tempo pieno o parziale con il CAA o con le società convenzionate</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
<p>Il personale dipendente è in regola con gli obblighi di natura lavoristica, fiscale, previdenziale, assistenziale ed assicurativa.</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

<p><b><u>Capacità professionale</u></b> Un dipendente (<i>Cognome e nome</i> _____), in qualità di responsabile della sede operativa, in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti professionali (<i>verificato tramite acquisizione di autocertificazione dell'addetto ai sensi del DPR 445/00</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• possesso di un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non sia iscritto agli albi o elenchi tenuti da collegi/ordini professionali;</li> <li>• possesso di un'esperienza lavorativa di almeno 2 anni nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, CAA o società ausiliarie dei centri di assistenza agricola o relative società di servizi.</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
---	-----------------------------	-----------------------------	--

Si rileva anche la presenza di numero \_\_\_\_\_ operatori con funzione di:

«istruttori», per la ricevibilità (verifica di completezza, adeguatezza e correttezza formale), ricezione delle istanze, delle domande e delle dichiarazioni nell'interesse del produttore, , in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti professionali (verificato tramite acquisizione di autocertificazione dell'addetto ai sensi del DPR 445/00)

*Cognome e nome* \_\_\_\_\_

- un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non siano iscritti agli albi o elenchi tenuti da collegi o ordini professionali,
- aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno un anno nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, centri di assistenza agricola o relative società di servizi;

*Cognome e nome* \_\_\_\_\_

- un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non siano iscritti agli albi o elenchi tenuti da collegi o ordini professionali,
- aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno un anno nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, centri di assistenza agricola o relative società di servizi;

Cognome e nome \_\_\_\_\_

- un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non siano iscritti agli albi o elenchi tenuti da collegi o ordini professionali,
- aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno un anno nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, centri di assistenza agricola o relative società di servizi;

Si rileva anche la presenza di numero \_\_\_\_\_ operatori con funzione di:

«verificatori», per la validazione nei sistemi informativi dei dati e dei documenti per conto dei soggetti pubblici deleganti ai sensi dell'allegato I del regolamento (UE) n. 127/2022,

Cognome e nome \_\_\_\_\_

- un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non siano iscritti agli albi o elenchi tenuti da collegi/ordini professionali,
- aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno due anni nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, CAA o società ausiliarie dei centri di assistenza agricola o relative società di servizi.

<p><i>Cognome e nome</i> _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non siano iscritti agli albi o elenchi tenuti da collegi/ordini professionali,</li> <li>• aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno due anni nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, CAA o società ausiliarie dei centri di assistenza agricola o relative società di servizi.</li> </ul> <p><i>Cognome e nome</i> _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un titolo di studio in discipline agrarie o equipollenti o, salvo che non siano iscritti agli albi o elenchi tenuti da collegi/ordini professionali,</li> <li>• aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno due anni nel settore dell'assistenza alle imprese agricole in materia di misure afferenti alla PAC svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali, associazioni di produttori agricoli, CAA o società ausiliarie dei centri di assistenza agricola o relative società di servizi.</li> </ul>			
---	--	--	--

Sulla base della verifica tecnica sopra svolta, si esprime parere di **idoneità** e/o **non idoneità** alla 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 al reperimento, alla verifica, all'informatizzazione, all'elaborazione e alla trasmissione informatica dei dati utili a comprovare il diritto degli utenti a beneficiare dei contributi e degli interventi richiamati dal DM 21/02/2024.

Note ed eventuali allegati al verbale:

---



---

Luogo e data:

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE DI SEDE OPERATIVA**

Nome e Cognome

Firma

**I FUNZIONARI INCARICATI**

Nome e Cognome

Firma