

Allegato n. 2
Verbale di sopralluogo e di verifica delle sedi operative C.A.A.
ai sensi del D.M. 27 marzo 2008

Tipo di Verifica

Adeguamento ai requisiti minimi del DM 27 /3/2008 delle sedi operative CAA
già operanti alla data del 31 marzo 2011;
Autorizzazione all'abilitazione delle sedi operative CAA

Nell'ambito dell'attività istruttoria per la concessione dell'autorizzazione/adeguamento ad operare in qualità di Centro 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	Fax	e-mail

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:

_____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle _____
Giorno/i apertura

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
 Giorno/i apertura

Parametro	Verificato		Note
Determinazione * n. del *Solo in caso di sedi già operanti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<u>Mezzi materiali</u>			
Gli spazi della sede operativa sono composti da:			
Una sala di attesa:	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, separato dai precedenti, 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 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"/>	

Categoria Catastale A 10: Uffici e studi privati; B 4 Uffici pubblici <input type="checkbox"/> C 1 Negozi e botteghe <input type="checkbox"/> D5 Istituti di credito, cambio e assicurazione <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			
Certificazione da parte del Comune ove è ubicata la sede operativa dell'agibilità dei locali ad uso ufficio, direzionale, commerciale Ovvero la richiesta di agibilità presentata al competente Comune di in data, e le eventuali comunicazioni del Comune in merito all'istanza presentata.	SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sicurezza nei luoghi di lavoro: - Eventuale Documento di Valutazione dei Rischi previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza nei Luoghi di lavoro ai sensi del Dlgs. 81/2008; - Eventuale predisposizione dell'aggiornamento annuale del Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS)	SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Attrezzature di ufficio			
Presenza di almeno n. 1 postazione operativa di lavoro, ad uso esclusivo del CAA, che possa in ogni			

caso garantire la privacy dell'utente:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di fotocopiatrice:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di telefono	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di Fax:	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 collegamento ADSL permanente o collegamento più avanzato rispetto alle potenzialità telematiche territoriali:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<u>Organizzazione</u>			
<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; 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; il sistema di controllo adottato per la verifica della veridicità delle dichiarazioni:	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"/>	
<u>Registro</u> di catalogazione, anche informatizzato, che contenga l'elenco dei fascicoli contenuti nell'archivio. Per ogni fascicolo il registro deve riportare le seguenti informazioni: 1. Numero assegnato al fascicolo; 2. Ragione sociale della ditta; 3. Indirizzo completo (Via, CAP, Comune, Provincia); 4. Codice Fiscale e Partita IVA.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

<p>E' rispettata la soglia di 700 fascicoli attivi* per ogni operatore:</p> <p><i>*si intende per fascicoli attivi quei fascicoli per i quali è stata presentata almeno una istanza nell'anno precedente a quello di verifica</i></p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	
---	------------------------------------	------------------------------------	--

Capacità professionale			
<p>Un addetto (<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"> • Titolo di studio in discipline agrarie o certificazione di partecipazione e superamento dell'esame finale di un corso di formazione professionale inerente l'assistenza alle imprese agricole appositamente istituito e riconosciuto dall'amministrazione regionale; • esperienza lavorativa di almeno due anni nel settore dell'assistenza alle imprese agricole svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali agricole, associazioni di produttori agricoli o CAA riconosciuti . 	<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>In relazione al carico di lavoro della sede operativa, si rileva anche la presenza di numero _____ operatori con funzione di supporto al responsabile della sede operativa:</p> <p><i>Cognome e nome</i> _____ e Profilo professionale _____</p> <p><i>Cognome e nome</i> _____ e Profilo professionale _____</p> <p><i>Cognome e nome</i> _____ e Profilo professionale _____</p> <p>I suindicati operatori sono in possesso di una esperienza lavorativa di almeno sei mesi nel settore dell'assistenza alle imprese agricole svolta presso studi professionali, organizzazioni professionali agricole, associazioni di produttori agricoli o CAA riconosciuti .</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Il personale dipendente e/o i collaboratori sono in regola con gli obblighi di natura lavoristica, fiscale, previdenziale, assistenziale ed assicurativa.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	

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 e degli organismi pagatori per quanto attiene il reperimento, la verifica, l'informatizzazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati.

Note ed eventuali allegati al verbale:

Luogo e data:

_____, lì _____

I FUNZIONARI INCARICATI

Nome

Firma
