Interreg NEXT MED

Co-funded by the European Union

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERREG NEXT MED PROGRAMME 2021/2027
DESCRIPTION OF MANAGEMENT AND CONTROL SYSTEMS (DMCS)

ANNEX VIII

ACCOUNTING UNIT CHECK LISTS

PRESIDENZA

PRESIDÈNTZIA

Programma Interreg NEXT MED 2021/2027

Accounting and Payment Unit

Check List FIF

ANAGRAFICA

Beneficiario/Fornitore
Numero protocollo
Riferimento contratto

Attività di controllo	**SI**	**NO**
I dati della FIF del beneficiario/fornitore sono corrispondenti ai dati indicati nel contratto		
Il codice IBAN è coerente con la localizzazione della banca del beneficiario/fornitore		
Sono indicati tutti i dati richiesti		
È stata verificata la firma del beneficiario		
Il timbro corrisponde all'istituto bancario emittente		
Il paese del beneficiario/fornitore rientra tra quelli per i quali il tesoriere richiede l'emissione di un preliminare "sospeso"		

Cagliari,

Il responsabile dell'istruttoria

_____

PRESIDENZA

PRESIDÈNTZIA

Autorità di Gestione Programma Interreg NEXT MED

Programma Interreg NEXT MED 2021/2027

Accounting and Payment Unit

A1_Check List Impegni relativi ai progetti finanziati [nome progetto]

ANAGRAFICA

Determina di impegno n. …. del …..	
Capitolo Sistema contabile	**Esercizio**
Beneficiario:	
Contratto:	

INFORMAZIONI FINANZIARIE

Importo impegno	

Note_____

Attività di controllo	**SI**	**NO**
La determinazione presenta tutti gli elementi essenziali ed è allegata la Check List progetto		
La Check List progetto è compilata in tutte le sue parti (compresa normativa antimafia e aiuti di Stato)		
I dati del lead partner e i dati bancari riportati nella determinazione coincidono con i dati del contratto e con i dati della FIF		
E' verificata l'esattezza dell'importo da impegnare		
E' verificata la correttezza del capitolo su cui è imputata la spesa		
E' verificata la presenza sul capitolo della sufficiente disponibilità finanziaria		
Il codice fornitore presente nella determinazione		

di impegno corrisponde a quanto presente su SAP		
E' allegata la scheda amministrazione aperta aggiornata o ne sono indicati gli estremi		

Note_____

Cagliari,

Il responsabile dell'istruttoria

_____

PRESIDENZA

PRESIDÈNTZIA

Autorità di Gestione Programma Interreg NEXT MED

Programma Interreg NEXT MED 2021/2027

Accounting and Payment Unit

B1. Check List Pagamenti relativi ai Progetti finanziati [NOME PROGETTO]

ANAGRAFICA

Determina di liquidazione n. …. del …..	
Capitolo Sistema contabile	**Esigibilità**
Beneficiario:	
Contratto:	

INFORMAZIONI FINANZIARIE

Importo impegnato			
Determinazione di impegno			
Data	**N. Erogazione**	**Ammontare erogazione**	**Importo oggetto della CL di riferimento**
(Duplicare righe se necessario)			
Totale erogato		**Totale in liquidazione**	

Note_____

Attività di controllo liquidazione e pagamento	**SI**	**NO**
La determinazione presenta tutti gli elementi essenziali ed è allegata la Check List **pagamento**		
E' verificata la completezza della Check List pagamenti		
E' verificata la correttezza del codice fornitore e dei dati del Beneficiario e dei suoi riferimenti bancari (FIF)		
E' verificata l'esattezza dell'importo da pagare		

E' verificata la correttezza del numero di impegno SAP		
E' verificata la sufficiente disponibilità finanziaria sull'impegno		
E' allegata la scheda amministrazione aperta aggiornata o ne sono indicati gli estremi		
E' allegato il DURC (solo se LB è italiano)		

Note_____

Cagliari,

Il responsabile dell'istruttoria

_____

PRESIDENZA

PRESIDÈNTZIA

Autorità di Gestione Programma Interreg NEXT MED

Programma Interreg NEXT MED 2021/2027

Accounting and Payment Unit

A2_Check List Impegni - Finanziamento delle Antenne

ANAGRAFICA

Determina di impegno n. …. del …..	
Capitolo Sistema contabile	**Esercizio**
Beneficiario:	
Accordo bilaterale:	

INFORMAZIONI FINANZIARIE

Importo impegno	

Note_____

Attività di controllo	**SI**	**NO**
La determinazione presenta tutti gli elementi essenziali ed è allegata la Check List		
La Check List è compilata in tutte le sue parti		
I dati riportati nella determinazione coincidono con i dati dell'accordo bilaterale e con i dati bancari della FIF		
E' verificata l'esattezza dell'importo da impegnare		
E' verificata la correttezza del capitolo su cui è imputata la spesa		
E' verificata la presenza sul capitolo della sufficiente disponibilità finanziaria come da Piano finanziario redatto dalla MA		
È stato verificato che il totale delle spese dichiarate siano corrispondenti al totale delle spese indicate nel Rapporto di Audit allegato alla		

determina		
Nel caso di domanda di pagamento proveniente dall'Antenna di Aqaba, l'importo della domanda di pagamento può essere pagato in conformità con l'avanzamento della spesa risultante dagli audit effettuati ai sensi dell'art. 6 dell'Accordo di finanziamento sottoscritto		
Ovvero Nel caso di domanda di pagamento proveniente dall'Antenna di Valencia, l'importo della domanda di pagamento corrisponde a quanto approvato nell'ambito dell'Annual Report da parte della Commissione ai sensi dell'art. 6 dell'Accordo di finanziamento sottoscritto		
Il codice fornitore presente nella determinazione di impegno corrisponde a quanto presente su SAP		
E' allegata la scheda amministrazione aperta aggiornata o ne sono indicati gli estremi		

Note_____

Cagliari,

Il responsabile dell'istruttoria

_____

PRESIDENZA

PRESIDÈNTZIA

Autorità di Gestione Programma Interreg NEXT MED

Programma Interreg NEXT MED 2021/2027

Accounting and Payment Unit

B2_Check List pagamento - Finanziamento delle Antenne

ANAGRAFICA

Determina di liquidazione n. …. del …..	
Capitolo Sistema contabile	**Esigibilità**
Beneficiario:	
Accordo bilaterale:	

INFORMAZIONI FINANZIARIE

Importo impegnato			
Determinazione di impegno			
Data	**N. Erogazione**	**Ammontare erogazione**	**Importo oggetto della CL di riferimento**
(Duplicare righe se necessario)			
Totale erogato		**Totale in liquidazione**	

Note_____

Attività di controllo liquidazione e pagamento	**SI**	**NO**
La determinazione presenta tutti gli elementi essenziali ed è allegata la Check List **pagamento**		
E' verificata la completezza della Check List pagamento		
E' verificata la correttezza del codice fornitore sul SAP, dei dati del Beneficiario e dei suoi riferimenti bancari (FIF)		
E' verificata l'esattezza dell'importo da pagare		
E' verificata la correttezza del numero di impegno SAP		

E' verificata la sufficiente disponibilità finanziaria sull'impegno		
E' allegata la scheda amministrazione aperta aggiornata o ne sono indicati gli estremi		

Note_____

Cagliari,

Il responsabile dell'istruttoria

_____

PRESIDENZA

PRESIDÈNTZIA

Autorità di Gestione Programma Interreg NEXT MED

Programma Interreg NEXT MED 2021/2027

Accounting and Payment Unit

A1_Check List Disimpegno relativi ai progetti finanziati [nome progetto]

ANAGRAFICA

Determina di disimpegno n. …. del …..	
Capitolo Sistema contabile	**Esercizio**
Beneficiario:	
Contratto:	

INFORMAZIONI FINANZIARIE

Numero impegno	
Importo disimpegno	

Note_____

Attività di controllo	**SI**	**NO**
La determinazione presenta tutti gli elementi essenziali ed è allegata la Check List progetto		
La Check List progetto è compilata in tutte le sue parti		
I dati riportati nella determinazione coincidono con i dati del contratto e con i dati della FIF		
E' verificata l'esattezza del numero dell'impegno da rettificare		
Il codice fornitore presente nella determinazione di disimpegno corrisponde a quanto presente su SAP		
E' allegata la scheda amministrazione aperta aggiornata o ne sono indicati gli estremi		

Note_____

Cagliari,

Il responsabile dell'istruttoria

_____