



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato C alla Delib.G.R. n. 11/17 del 28.2.2017

Modulo per la VERIFICA della EFFICACIA A POSTERIORI

Data: ____ / ____ / ____ luogo _____ ora inizio _____ ora fine _____

AC oggetto della verifica:

Attività oggetto della verifica:

Normativa di riferimento:

Tipo di atto amministrativo valutato:

- Relazione di CU specificare _____
- Check list specificare _____
- Atti distinti e ulteriori specificare _____
- altro specificare _____



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Personale coinvolto nelle attività oggetto della verifica:

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ Funzione _____ UO di appartenenza _____

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ Funzione _____ UO di appartenenza _____

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ Funzione _____ UO di appartenenza _____

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ Funzione _____ UO di appartenenza _____

Nome e Cognome _____ Ruolo _____ Funzione _____ UO di appartenenza _____

Documenti valutati n. _____

n° progr.	Atto	collocazione	leggibilità	chiarezza	completezza	attribuibilità	coerenza con altri atti correlati	conformità a procedura o norma	giudizio (pos./neg.)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
...									



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Conclusioni:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Eventuali dichiarazioni rese dal personale supervisionato:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Eventuali controdeduzioni del GdV:

Copia del presente atto amministrativo non provvedimentale di accertamento viene consegnato alle parti coinvolte

Fatto, letto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra

Il Responsabile del GdV _____ Firma: _____ Data: ____/____/____

Componenti del GdV _____ Firma: _____ Data: ____/____/____

_____ Firma: _____ Data: ____/____/____

Personale supervisionato _____ Firma: _____ Data: ____/____/____

_____ Firma: _____ Data: ____/____/____

_____ Firma: _____ Data: ____/____/____

altro personale coinvolto _____ Firma: _____ Data: ____/____/____

_____ Firma: _____ Data: ____/____/____