**Allegato 5alla Determinazione Dirigenziale n. G 01803 del 20/02/2019**

***Format tipo di Scheda di valutazione a fini di validazione***

RICHIEDENTE IL SERVIZIO

 <*Nome, Cognome, Data e luogo di nascita, Cittadinanza, Codice Fiscale, Residenza, Recapito telefonico, Recapito posta elettronica>*

SOGGETTO TITOLATO

*<Denominazione, indirizzo, CF/PI, estremi dell’atto di accreditamento>*

OPERATORE /TRICE ABILITATO/A

 *<Nome, Cognome, Data e luogo di nascita, Codice Fiscale, estremi dell’atto di abilitazione>*

UC <d*enominazione*>

**Fase I – Esame preliminare del Documento di trasparenza**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Esperienza (dal/al)** | **Valore** | **Pertinenza** | **Linea di audit** |
| 1. *<come da Doc. trasparenza>* | *<tipo di evidenza>* | *<caratteristiche ed importanza>* | *<aspetti da affrontare in sede di audizione>* |
| 2. *<come da Doc. trasparenza>* | *<tipo di evidenza>* | *<caratteristiche ed importanza>* |
| 3. *<come da Doc. trasparenza>* | *<tipo di evidenza>* | *<caratteristiche ed importanza>* |
| *n. <come da Doc. trasparenza>* | *<tipo di evidenza>* | *<caratteristiche ed importanza>* |

**Fase II – Audit del richiedente ed eventuale prova**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unità di Competenza** | **Esito dell’audit** | **Eventuale prova** |
| **Caratteristiche della prova** | **Esito della prova** |
| *<denominazione>* | *<pos./neg.>* | *<in caso neg. descrizione sintetica della prova>* | *<pos./neg.>* |
| *<denominazione>* | *<pos./neg.>* | *<in caso neg. descrizione sintetica della prova>* | *<pos./neg.>* |
| *<denominazione>* | *<pos./neg.>* | *<in caso neg. descrizione sintetica della prova>* | *<pos./neg.>* |

EVENTUALI NOTE

Luogo e Data

|  |  |
| --- | --- |
| Firma dell’operatore abilitato che ha svolto il servizio | Timbro e firma del responsabile del soggetto titolato |
|  Firma del/della richiedente per presa visione |  |