



CITTÀ DI CARLENTINI

Provincia di Siracusa

SEGRETERIA GENERALE

Tipologia dell'Atto: Provvedimento di C.C.

Provvedimento di G.M.

Determina Sindacale

Determina Responsabile di P.O.

PROVVEDIMENTO SOTTOPOSTO A CONTROLLO SUCCESSIVO

n. _____ del _____

avente ad oggetto:

nota: ⁽¹⁾ l'indicazione dell'oggetto va omessa nel caso venga allegato il provvedimento.

1) COMPLETEZZA FORMALE

a) Intestazione		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b) Premessa		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c) Narrativa	inesistente	sintetica	analitica
d) Regolarità delle procedure	articolazione	sufficiente	insufficiente
e) Correttezza dei dati riportati	articolazione	sufficiente	insufficiente
f) Allegazione atti richiamati		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
g) Articolazione del dispositivo		sufficiente	insufficiente

2) COMPLETEZZA SOSTANZIALE

a) Competenza dell'Organo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b) Indicazione del proponente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c) Indicazione del parere contabile (ove occorra)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
d) Indicazione del parere tecnico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
e) Indicazione del responsabile del procedimento (se diverso dal proponente)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
f) Completezza dell'articolazione dell'oggetto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

g) Chiarezza e completezza della motivazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
h) Modalità e manifestazione della votazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
i) Chiarezza e completezza del dispositivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
j) Coerenza tra motivazione e dispositivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
k) Conformità normativa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
l) Rispetto della normativa privacy	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
m) Rispetto dei termini di conclusione del procedimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
n) Indicazione e termini per ricorrere all' autorità adita	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
o) Coerenza della destinazione delle risorse alla programmazione del bilancio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
p) Conformità ai vincoli di finanza pubblica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Osservazioni:

Data redazione _____ Componente esaminatore _____

Presidente

Componenti

Segretario verbalizzante
