RAPPORTO DI MONITORAGGIO E VERIFICA DEGLI INTERVENTI
(art 5 p 5 della Convenzione)

Rapporto quadrimestrale del: 31 Gennaio - 31 Maggio - 30 Settembre

1. Responsabile unico del procedimento :	
Nome	
Cognome	
Ufficio	
Indirizzo Ufficio	
Telefono	
Fax	
E – mail	

2. Responsabile delle funzioni di monitoraggio e verifica dell'intervento (se diverso dal RUP):	
Nome	
Cognome	
Ufficio	
Indirizzo Ufficio	
Telefono	
Fax	
E – mail	

3. Descrizione schematica dell'intervento:	
Investimento totale ammesso:€ _____ Cofinanziamento Statale € _____	

**PNSS – PROGRAMMA DI ATTUAZIONE
CONVENZIONE TRA
LA REGIONE MARCHE E LA PROVINCIA DI..... / IL COMUNE DI**

4. Stato di avanzamento dell'intervento:

	DATA		
		IMPORTO	QUOTA %
INIZIO LAVORI			
SAL 1			
SAL 2			
SAL 3			
SAL ...			
FINE LAVORI			

COSTI MATURATI (importi e descrizione principali voci di spesa) :

--	--

5. Eventuali variazioni apportate al progetto originario:

5.1 Motivi che hanno determinato l'esigenza di variazione del progetto originario:

--	--

5.2 Tipo di variazione:

--	--

5.3 La variazione ha determinato una variazione dei costi:

NO [___] SI [___]

In caso affermativo :

Importo variazione in Euro [_____]

Variazione in aumento [___] Variazione in diminuzione [___]