Risultati del controllo

	Affiliato controllato	Controllore OAD
Cognome	_____	_____
Nome	_____	_____
Indirizzo	_____	_____
	_____	_____
Telefono no.	_____	_____
Fax no.	_____	_____

In data _____ il succitato controllore ha verificato se le disposizioni legali della LRD, così come quelle dello Statuto e del Regolamento OAD FSA/FSN, sono rispettate dall'affiliato.

Su un totale di _____ relazioni con i clienti **aperti**, sono stati controllati i seguenti relazioni con i clienti:

N° _____

Sono stati controllati i seguenti relazioni con i clienti tra quelli **chiusi** dall'ultimo controllo (data e numero totale _____ : _____):

N° _____

In assenza di indicazioni di diverso tenore al capitolo seguente, in occasione della verifica non sono state riscontrate fattispecie che facciano presupporre che le dichiarazioni dell'affiliato non corrispondono ai fatti o che gli relazioni con i clienti non sono tenuti in conformità ai requisiti di legge, allo Statuto e ai regolamenti OAD FSA/FSN.

1. Lacune

Per quanto concerne gli relazioni con i clienti elencati di seguito, sono state constatate delle manchevolezze per le quali sono ordinate le seguenti misure:

Relazioni con i clienti	Lacuna	Misure ordinate	Termine per la regolarizzazione ¹	Osservazioni

Osservazioni

--

¹ La correzione delle carenze deve essere comunicata al responsabile dell'esame entro il termine stabilito tramite e-mail.

Si segnala che l'OAD FSA/FSN ha la facoltà di ordinare anche altre misure.

2. Raccomandazioni

Le constatazioni elencate di seguito inducono il controllore a formulare le seguenti raccomandazioni.

Constatazioni	Raccomandazioni/proposte

.....
(Luogo, data)

Durata del controllo: _____

L'affiliato controllato

Il controllore OAD

L'originale è destinato all'OAD FSA/FSN; l'affiliato controllato ne riceve una copia.