

Risultati del controllo

	Affiliato controllato	Controllore OAD
Cognome	_____	_____
Nome	_____	_____
Indirizzo	_____ _____	_____ _____
Telefono	_____	_____
Fax	_____	_____

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 _____ incarti **aperti**, sono stati controllati i seguenti incarti:

N° _____

Sono stati controllati i seguenti incarti 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 incarti non sono tenuti in conformità ai requisiti di legge, allo Statuto e ai regolamenti OAD FSA/FSN.

1. Lacune

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

Incarto	Lacuna	Misure ordinate	Termine per la regolarizzazione	Osservazioni

Osservazioni

--

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.