

## 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:

Incaro	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.