

## Risultati del controllo

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

In data \_\_\_\_\_, il controllore succitato ha verificato se le disposizioni legali della LRD, così come quelle dello statuto e del regolamento dell'OAD FSA/FSN, sono state rispettate dall'affiliato precitato.

Su un totale di \_\_\_\_\_ incarti, sono stati controllati i seguenti:

N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

E' stato constatato quanto segue:

Fatta eccezione per i dossier elencati sul retro, gli incarti LRD dell'affiliato controllati sono gestiti conformemente alle regole applicabili.

## 1. Manchevolezze

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

Incanto	Manchevolezza	Misure ordinate/proposte	Termine per la regolarizzazione	Osservazioni

Si rileva che l'OAD FSA/FSN ha la facoltà di ordinare delle altre misure o di adattare quelle che sono già state ordinate.

## 2. Raccomandazioni

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

Constatazioni	Raccomandazioni

(luogo) \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
L'affiliato controllato

\_\_\_\_\_  
Il controllore OAD

Fatto in un solo esemplare originale destinato all'OAD FSA/FSN. L'affiliato controllato ne riceve una copia.