*Załącznik nr 8*

*do Procedury wyboru i oceny operacji*

**KARTA OCENY OPERACJI WEDŁUG LOKALNYCH KRYTERIÓW DLA NABORU NR ……**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel** |  |
| **Przedsięwzięcie** |  |
| **Wskaźnik produktu** |  |
| **Wskaźnik rezultatu** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer wniosku | |  |
| Złożony przez | |  |
| Złożony | W dniu |  |
| O godzinie |  |
| Tytuł operacji | |  |
|  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kryteria dostępu wyboru operacji | Kryterium zostało spełnione TAK/NIE |
| 1. |  |  |
| 1a. | Uzasadnienie oceny: | |
| 2. |  |  |
| 2a. | Uzasadnienie oceny: | |
| … |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Lokalne kryteria wyboru operacji | Przewidziana ilości punktów za kryterium | Przyznane punkty |
| 1. |  |  |  |
| 1a. | Uzasadnienie oceny: | | |
| 2. |  |  |  |
| 2a. | Uzasadnienie oceny: | | |
| … |  | | |
|  | **Suma przyznanych punktów:** |  | |

Wniosek uzyskał/nie uzyskał\* minimalnej ilości **…** punktów (co stanowi 30% możliwej do zdobycia ilości punktów).

Maksymalna liczba punktów do zdobycia **– …**

**Wnioskowana kwota pomocy: …………………………………..**

Ustalono kwotę wsparcia w wysokości: …………………………………, słownie:………………………………………………………………………..

Uzasadnienie przyznania ustalonej kwoty wsparcia innej niż wnioskowana kwota pomocy: ………………………………………………………………

**\*** Kryteria rankingujące dla oceny w przypadku tej samej liczby punktów: …………………………………………………………………….

**…………………………………. ………….………………………………….**

*Data oceny Czytelny podpis Przewodniczącego Rady*

\* niepotrzebne skreślić