

**Załącznik nr 7**

**Karta oceny operacji według lokalnych kryteriów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko członka Rady: |  |
| Numer naboru: |  |
| Znak sprawy: |  |
| Data wpływu: |  |
| Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy: |  |
| Tytuł operacji: |  |

1. OCENA ZGODNOŚCI Z LOKLANYMI KRYTERIAMI WYBORU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Maksymalna liczba punktów** | **Opis** | **Przyznana ocena** | **Uzasadnienie oceny** |
| 1. *NAZWA KRYTERIUM**(opis kryterium)* |  |  |  | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 2. *NAZWA KRYTERIUM**(opis kryterium)* |  |  |  | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 3. *NAZWA KRYTERIUM**(opis kryterium)* |  |  |  | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 3. *NAZWA KRYTERIUM**(opis kryterium)* |  |  |  | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 4. *NAZWA KRYTERIUM**(opis kryterium)* |  |  |  | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
|  |  |  |  |  |
| Razem:  |  |  |
| Maksymalna liczba punktów: |  |  |
| Minimalna liczba punktów, którą musi uzyskać wniosek by znaleźć się w strefie umożliwiającej dofinansowanie: |  |  |

2. DECYZJA W SPRAWIE OCENY ZGODNOŚCI Z LOKLANYMI KRYTERIAMI WYBORU

|  |  |
| --- | --- |
| Czy wniosek osiągnął minimalną liczbę punktów |   TAK   NIE |
| Czy wniosek osiągnął minimum warunkowe *(jeśli dotyczy)* |   TAK   NIE |
| Liczba punktów  | **………... pkt.** |
| *Uwagi* |  |

Oceniający: *Imię i nazwisko*

Data oceny ………………………………………….