

Oświadczenie o interesach i powiązaniach

Imię i nazwisko	
Funkcja pełniona w Stowarzyszeniu	
Reprezentowany podmiot	
PESEL	
NIP	
Adres	

Ja, niżej podpisana/ podpisany podaję dane, zgodnie z ich stanem faktycznym na dzień składania niniejszego oświadczenia, pozwalające na weryfikację moich powiązań w związku z ocenianymi/ weryfikowanymi w przyszłości operacjami.

I. Pełniona funkcja publiczna (warunkująca przynależność do grupy interesu sektora publicznego):

1. wójt/ burmistrz/ prezydent miasta, zastępca wójta/ burmistrza/ prezydenta miasta
opis:.....
2. starosta, wicestarosta, członek zarządu powiatu
opis:.....
3. członek rady gminy/ powiatu/ sejmiku województwa
opis:.....
4. sołtys
opis:.....
5. dyrektor, kierownik, zastępca dyrektora, zastępca kierownika samorządowej jednostki organizacyjnej gminy lub powiatu
opis:.....
6. stanowisko kierownicze w jednostkach sektora finansów publicznych
opis:.....

III. Informacje o aktualnym członkostwie oraz funkcjach (działalności) w organizacjach innych niż Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa	Funkcja	Adres	NIP	Regon	KRS

IV. Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej/ działalności rolniczej (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa	Funkcja*	Adres	NIP	Regon	KRS

1. właściciel - osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
2. wspólnik spółki jawnej



3. partner w spółce partnerskiej
4. komplementariusz lub komandytariusz w spółce komandytowej
5. komplementariusz w spółce komandytowo-akcyjnej
6. wspólnik spółki cywilnej
7. rolnik prowadzący działalność rolniczą

V. Informacje o miejscu zatrudnienia oraz o zajmowanym stanowisku (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa	Funkcja/ stanowisko	Adres	NIP	Regon	KRS

VI. Informacja o działalności w branży turystycznej

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby z siedzibą w Kartuzach, ul. Jeziorna 38, Samorząd Województwa Pomorskiego z siedzibą w Gdańsku, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk oraz Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II nr 70, 00-175 Warszawa, moich danych osobowych zawartych w FORMULARZU OŚWIADCZENIA O INTERESACH I POWIĄZANIACH w zakresie realizacji zadań związanych z oceną i wyborem operacji oraz wyborem i oceną grantobiorców w ramach Wdrażania Lokalnej Strategii Rozwoju Szwajcarii Kaszubskiej na lata 2021-2027 zgodnie z Umową o warunkach i sposobie realizacji strategii rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność nr 00004.UM11.6572.20005.2023. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z treściami klauzul informacyjnych Samorządu Województwa Pomorskiego, Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa oraz Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby, w tym z informacją z celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.

Ponadto zobowiązuję się do niezwłocznego, pisemnego informowania Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby o zmianie danych wskazanych w niniejszym dokumencie oraz na wezwanie Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby.

Jednocześnie oświadczam, że na dzień składania Oświadczenia:

1. Nie jestem skazana/ skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione umyślnie.
2. Jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności wynikającej z nieprzestrzegania obowiązku przekazywania rzetelnych i pełnych danych oraz ich niezwłocznego aktualizowania, zgodnie z postanowieniami Regulaminu Rady Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby.

.....
Data i podpis



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Rejestr interesów członka Rady LGD

Imię i nazwisko	
Reprezentowany podmiot	

I. Informacje o przynależności do grupy interesu:

Lp.	Określenie grupy interesu (nazwa grupy interesu)	Charakter powiązania z grupą interesu

II. Informacje o aktualnym członkostwie oraz funkcjach (działalności) w organizacjach innych niż Stowarzyszenie Turystyczne Kaszuby (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa	Funkcja	Adres	NIP	Regon	KRS

III. Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej/ działalności rolniczej (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa	Funkcja	Adres	NIP	Regon	KRS

IV. Informacje o miejscu zatrudnienia oraz o zajmowanym stanowisku (jeśli dotyczy)

Lp.	Nazwa	Funkcja/ stanowisko	Adres	NIP	Regon	KRS



Oświadczenie o konflikcie interesów członka Rady LGD

Imię i nazwisko Członka Rady	
Numer naboru/ konkursu	

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem Rady Stowarzyszenia Turystyczne Kaszuby, Procedurami wyboru i oceny wniosków oraz Procedurami wyboru i oceny grantobiorców, i nie zachodzi żadna z poniższych okoliczności, które skutkują wyłączeniem mnie z udziału w procesie oceny wniosków:

1. jestem wnioskodawcą lub grantobiorcą, reprezentuję wnioskodawcę, grantobiorcę lub podmiot z nim powiązany,
2. zachodzi pomiędzy mną a wnioskodawcą lub grantobiorcą stosunek zależności służbowej lub powiązania finansowe,
3. pozostaję z wnioskodawcą lub grantobiorcą w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub jestem związana/ związany z wnioskodawcą lub grantobiorcą z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
4. jestem osobą fizyczną reprezentującą przedsiębiorstwo powiązane z przedsiębiorstwem reprezentowanym przez wnioskodawcę lub grantobiorcę,
5. nie jestem bezstronna/ bezstronny i obiektywny z uwagi na względy rodzinne, emocjonalne, sympatie polityczne lub związki z jakimkolwiek krajem, interes gospodarczy lub jakiegokolwiek inne bezpośrednio lub pośrednio interesy osobiste,
6. występują inne okoliczności mogące skutkować koniecznością wyłączenia mnie z udziału w procesie oceny wniosku będącego przedmiotem oceny.

Powyższe oświadczenie nie dotyczy następujących wnioskodawców i wniosków:

I.p.	Nr wniosku	Wnioskodawca	Przyczyna wyłączenia

w związku z powyższym wyłączam się z ich oceny i wyboru.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności wynikającej z nieprzebrzegania obowiązku ujawniania wszelkich okoliczności mogących stanowić konflikt interesów, zgodnie z postanowieniami Regulaminu Rady Stowarzyszenia Turystyczne Kaszuby.

Ponadto zobowiązuję się do:

1. Wypełniania moich obowiązków wynikających z uczestnictwa w procesie oceny wniosku w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą.
2. Zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i dokumentów ujawnionych i wytworzonych w trakcie oceny i wyboru.
3. Nie zatrzymywania kopii jakichkolwiek dokumentów otrzymanych w formie papierowej lub elektronicznej w trakcie oceny i wyboru.
4. W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt 1-6, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Przewodniczącego Rady i wycofania się z oceny i wyboru wniosku, której okoliczność ta będzie dotyczyła.

.....
Data i podpis



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Oświadczenie o konflikcie interesów pracownika Biura LGD

Imię i nazwisko pracownika Biura	
Numer naboru/ konkursu	

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem pracy biura Stowarzyszenia Turystyczne Kaszuby, Procedurami wyboru i oceny wniosków oraz Procedurami wyboru i oceny grantobiorców, i nie zachodzi żadna z poniższych okoliczności, które skutkują wyłączeniem mnie z udziału w procesie weryfikacji formalnej wniosków:

1. jestem wnioskodawcą lub grantobiorcą, reprezentuję wnioskodawcę, grantobiorcę lub podmiot z nim powiązany,
2. zachodzi pomiędzy mną a wnioskodawcą lub grantobiorcą stosunek zależności służbowej lub powiązania finansowe,
3. pozostaję z wnioskodawcą lub grantobiorcą w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, lub jestem związana/ związany z wnioskodawcą lub grantobiorcą z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
4. jestem osobą fizyczną reprezentującą przedsiębiorstwo powiązane z przedsiębiorstwem reprezentowanym przez wnioskodawcę lub grantobiorcę,
5. nie jestem bezstronna/ bezstronny i obiektywny z uwagi na względy rodzinne, emocjonalne, sympatie polityczne lub związki z jakimkolwiek krajem, interes gospodarczy lub jakiegokolwiek inne bezpośrednio lub pośrednio interesy osobiste,
6. występują inne okoliczności mogące skutkować koniecznością wyłączenia mnie z udziału w procesie weryfikacji formalnej wniosku będącego przedmiotem weryfikacji.

Powyższe oświadczenie nie dotyczy następujących wnioskodawców i wniosków:

I.p.	Nr wniosku	Wnioskodawca	Przyczyna wyłączenia

w związku z powyższym wyłączam się z ich oceny i wyboru.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności wynikającej z nieprzebrzegania obowiązku ujawniania wszelkich okoliczności mogących stanowić konflikt interesów, zgodnie z postanowieniami Regulaminu pracy biura Stowarzyszenia Turystyczne Kaszuby.

Ponadto zobowiązuję się do:

1. Wypełniania moich obowiązków wynikających z uczestnictwa w procesie weryfikacji formalnej wniosków w sposób uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą.
2. Zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i dokumentów ujawnionych i wytworzonych w trakcie weryfikacji formalnej wniosków.
3. Nie zatrzymywania kopii jakichkolwiek dokumentów otrzymanych w formie papierowej lub elektronicznej w trakcie weryfikacji formalnej wniosków.
4. W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt 1-6, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Dyrektora biura i wycofania się z weryfikacji formalnej wniosku, której okoliczność ta będzie dotyczyła.

.....
Data i podpis



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Karta weryfikacji formalnej

Imię i nazwisko weryfikującego:	
Numer naboru/ konkursu:	
Znak sprawy:	
Data wpływu:	
Imię i nazwisko/ nazwa wnioskodawcy:	
Tytuł operacji/ wniosku:	

1. OCENA FORMALNA

Warunki oceny formalnej wynikające z Regulaminu naboru:	TAK	NIE	DO UZUP.
a) Termin złożenia wniosku <i>Czy wniosek został złożony w terminie, miejscu i w sposób wskazany w regulaminie naboru?</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
b) Miejsce i sposób złożenia wniosku <i>Czy wniosek został utworzony i przesłany zgodnie z zapisami regulaminu naboru wniosków o wsparcie?</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
c) Prawidłowość podpisania załączników i wniosku <i>Czy wniosek oraz załączniki zostały podpisane przez uprawnione osoby?</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
d) Kompletność wypełnienia we wniosku pól wskazanych w regulaminie naboru wniosków jako niezbędne do uzyskania pozytywnej weryfikacji formalnej (pól niezbędnych do oceny merytorycznej w zakresie spełniania warunków udzielenia wsparcia oraz oceny merytorycznej według dostępowych lokalnych kryteriów wyboru) <i>Czy wszystkie pola we wniosku, wskazane w Regulaminie naboru jako niezbędne do uzyskania pozytywnej weryfikacji formalnej zostały prawidłowo wypełnione?</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
e) Kompletność załączników wskazanych w regulaminie naboru wniosków jako niezbędne do uzyskania pozytywnej weryfikacji formalnej (potwierdzające spełnienie warunków udzielenia wsparcia oraz spełnienie dostępowych lokalnych kryteriów wyboru) <i>Czy do wniosku załączono wszystkie załączniki wskazane w Regulaminie naboru jako niezbędne do uzyskania pozytywnej weryfikacji formalnej?</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
f) Spójność informacji zawartych we wniosku z załączonymi dokumentami w zakresie niezbędnym do oceny operacji i ustalenia kwoty wsparcia <i>Czy informacje zawarte we wniosku są spójne z załączonymi dokumentami?</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>

2. DECYZJA W SPRAWIE WYNIKU OCENY FORMALNEJ

Wniosek jest kompletny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> wniosek wymaga uzupełnień
Uzasadnienie wezwania do uzupełnień (jeśli dotyczy)	
Uwagi	

Data:

Zweryfikował: Imię i nazwisko

Fundusze Europejskie
dla PomorzaRzeczpospolita
PolskaDofinansowane przez
Unię Europejską

Karta weryfikacji merytorycznej

Imię i nazwisko weryfikującego:	
Numer naboru/ konkursu:	
Znak sprawy:	
Data wpływu:	
Imię i nazwisko/ nazwa wnioskodawcy:	
Tytuł operacji/ wniosku:	

1. OCENA ZGODNOŚCI Z WARUNKAMI PRYZNANIA POMOCY

Warunki przyznania pomocy zgodnie z Regulaminem naboru:	TAK	NIE	DO UZUP.
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Do uzup. <input type="checkbox"/>

2. OCENA ZGODNOŚCI Z LOKALNYMI KRYTERIAMI WYBORU

NAZWA KRYTERIUM	ILOŚĆ PUNKTÓW WRAZ Z UZASADNIENIEM

Data:

Oceniający: Imię i nazwisko

Lista operacji spełniających kryteria oceny formalnej

Numer naboru/ konkursu:	.....
Czas trwania naboru:	od do
Limit dostępnych środków w EUR:	.....
Limit dostępnych środków w PLN ¹:	.....

Lp.	Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)	Tytuł operacji/wniosku	Wnioskowana kwota pomocy	Zgodność z kryteriami oceny formalnej
1.	Tytuł operacji/wniosku 1	.....	TAK/NIE
2.	Tytuł operacji/wniosku 2	.....	TAK/NIE
3.	Tytuł operacji/wniosku 3	.....	TAK/NIE

Przewodniczący Rady

¹ Przeliczenia dokonano według kursu euro ustalonego przez Europejski Bank Centralny z przedostatniego dnia miesiąca poprzedzającego zakończenie naboru wniosków. Ostatecznego przeliczenia dokona Samorząd Województwa Pomorskiego na etapie podpisywania umów z beneficjentami.



Lista operacji spełniających warunki udzielenia wsparcia

Numer naboru/ konkursu:	.....
Czas trwania naboru:	od do
Limit dostępnych środków w EUR:	.....
Limit dostępnych środków w PLN ¹:	.....

Lp.	Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)	Tytuł operacji/wniosku	Wnioskowana kwota pomocy	Zgodność z warunkami udzielenia wsparcia
1.	Tytuł operacji/wniosku 1	.....	TAK
2.	Tytuł operacji/wniosku 2	.....	TAK
3.	Tytuł operacji/wniosku 3	.....	TAK

Przewodniczący Rady

¹ Przeliczenia dokonano według kursu euro ustalonego przez Europejski Bank Centralny z przedostatniego dnia miesiąca poprzedzającego zakończenie naboru wniosków. Ostatecznego przeliczenia dokona Samorząd Województwa Pomorskiego na etapie podpisywania umów z beneficjentami.



Lista operacji niespełniających warunków udzielenia wsparcia

Numer naboru/konkursu:	.....
Czas trwania naboru:	od do
Limit dostępnych środków w EUR:	.....
Limit dostępnych środków w PLN ¹:	.....

Lp.	Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)	Tytuł operacji/wniosku	Wnioskowana kwota pomocy	Zgodność z warunkami udzielenia wsparcia
1.	Tytuł operacji/wniosku 1	.....	NIE
2.	Tytuł operacji/wniosku 2	.....	NIE
3.	Tytuł operacji/wniosku 3	.....	NIE

Przewodniczący Rady

¹ Przeliczenia dokonano według kursu euro ustalonego przez Europejski Bank Centralny z przedostatniego dnia miesiąca poprzedzającego zakończenie naboru wniosków. Ostatecznego przeliczenia dokona Samorząd Województwa Pomorskiego na etapie podpisywania umów z beneficjentami.



UCHWAŁA Nr
Rady Stowarzyszenia Turystyczne Kaszuby
z dnia r.

w sprawie wybrania/ niewybrania operacji nr:

Imię i nazwisko/ nazwa wnioskodawcy:

Tytuł operacji/wniosku:

Numer EP (jeśli dotyczy):

Adres wnioskodawcy:

Wnioskowana kwota pomocy:

Na podstawie art. 30 ust. 3 Statutu Stowarzyszenia Turystyczne Kaszuby, w związku z ogłoszonym naborem/konkursem nr, trwającym w okresie od do, w ramach środków Planu Strategicznego dla Wspólnej Polityki Rolnej na lata 2023-2027/ Programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 przy limicie środków w wysokości,00 EURO (.....,00 PLN¹), zgodnie z procedurą oceny i wyboru operacji, uchwała co następuje:

§ 1

Operacja pn.: **Tytuł operacji**

- 1) spełnia warunki weryfikacji formalnej **TAK/NIE**
- 2) spełnia warunki oceny merytorycznej w zakresie warunków udzielenia wsparcia: **TAK/NIE**
- 3) w ramach oceny lokalnych kryteriów wyboru:
 - a) spełniła kryteria dostępowe **TAK/NIE (JEŚLI DOTYCZY)**
 - b) uzyskała w ramach kryteriów rankingujących: **punktów**
- c) uzyskała minimalną liczbę punktów, w ramach oceny spełnienia lokalnych kryteriów wyboru: **TAK/NIE**
- d) została wybrana do finansowania **TAK/NIE**
- e) mieści się w limicie środków wskazanym w ogłoszeniu o naborze: **TAK/NIE**
- f) ustalona kwota wsparcia wynosi: **zł**
- g) uzasadnienie w przypadku ustalenia kwoty wsparcia niższej niż wnioskowana: **(JEŚLI DOTYCZY)**
- h) Załącznik nr 1: Zbiorcza karta oceny

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Stowarzyszenia.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady

.....

¹ Przeliczenia dokonano według kursu euro ustalonego przez Europejski Bank Centralny z przedostatniego dnia miesiąca poprzedzającego zakończenie naboru wniosków. Ostatecznego przeliczenia dokona Samorząd Województwa Pomorskiego na etapie podpisywania umów z beneficjentami.



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lista operacji wybranych

Numer naboru/ konkursu:	.....
Czas trwania naboru:	od do
Limit dostępnych środków w EUR:	.....
Limit dostępnych środków w PLN ¹:	.....

Lp.	Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)	Nr identyfikacyjny podmiotu ubiegającego się o wsparcie	Tytuł operacji/wniosku	Wnioskowana kwota pomocy	Liczba otrzymanych punktów w ramach lokalnych kryteriów wyboru	Ustalona kwota wsparcia	Kwalifikowane wydatki publiczne ²
-----	--	---	------------------------	--------------------------	--	-------------------------	--

OPERACJA MIEŚCI SIĘ W LIMICIE ŚRODKÓW WSKAZANYCH W OGŁOSZENIU O KONKURSIE

1.	.....	.....	Tytuł operacji/wniosku 1	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	Tytuł operacji/wniosku 2	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	Tytuł operacji/wniosku 3	.....	.....	.....	.....

Razem (mieszczące się w limicie)

.....

OPERACJA NIE MIEŚCI SIĘ W LIMICIE ŚRODKÓW WSKAZANYCH W OGŁOSZENIU O KONKURSIE

4.	Tytuł operacji/wniosku 4
----	-------	-------	--------------------------	-------	-------	-------	-------

Razem (niemieszczące się w limicie)

.....

Razem (wszystkie)

.....

Przewodniczący Rady

¹ Przeliczenia dokonano według kursu euro ustalonego przez Europejski Bank Centralny z przedostatniego dnia miesiąca poprzedzającego zakończenie naboru wniosków. Ostatecznego przeliczenia dokona Samorząd Województwa Pomorskiego na etapie podpisywania umów z beneficjentami.

² W przypadku JSFP kwalifikowalne wydatki publiczne stanowią łączną wysokość środków publicznych (tj. wkład EFRROW – 55% oraz środki współfinansowania krajowego – 45% w tym budżet państwa 20% oraz wkład własny JSFP 25%)



Fundusze Europejskie dla Pomorza



Rzeczpospolita Polska

Dofinansowane przez Unię Europejską



Lista operacji niewybranych

Numer naboru/ konkursu:	.....
Czas trwania naboru:	od do
Limit dostępnych środków w EUR:	.....
Limit dostępnych środków w PLN ¹:	.....

Lp.	Znak sprawy (indywidualne oznaczenie sprawy)	Nr identyfikacyjny podmiotu ubiegającego się o wsparcie	Tytuł operacji/wniosku	Wnioskowana kwota pomocy	Zgodność z warunkami weryfikacji formalnej	Zgodność z warunkami udzielenia wsparcia	Osiągnięcie minimum punktowego
1.	Tytuł operacji/wniosku 1	.....	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE
2.	Tytuł operacji/wniosku 2	.....	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE
3.	Tytuł operacji/wniosku 3	.....	TAK/NIE	TAK/NIE	TAK/NIE

Przewodniczący Rady

¹ Przeliczenia dokonano według kursu euro ustalonego przez Europejski Bank Centralny z przedostatniego dnia miesiąca poprzedzającego zakończenie naboru wniosków. Ostatecznego przeliczenia dokona Samorząd Województwa Pomorskiego na etapie podpisywania umów z beneficjentami.



Fundusze Europejskie dla Pomorza

Rzeczpospolita
PolskaDofinansowane przez
Unię Europejską

Karta formalnej weryfikacji protestu LGD					
Nazwa LGD:					
Numer naboru:					
Numer wniosku:					
Nazwa Wnioskodawcy:					
Tytuł operacji:					
A. TERMIN ZŁOŻENIA PROTESTU					
A.1	Data odebrania pisma informującego o: niespełnieniu warunków udzielenia wsparcia na wdrażanie LSR/ niewybraniu operacji/ wyborze operacji, ale operacja nie mieści się w limicie środków przeznaczonych na udzielenie wsparcia na wdrażanie LSR w ramach danego naboru wniosków o wsparcie, lub LGD ustaliła kwotę wsparcia na wdrażanie LSR niższą niż wnioskowana.	<i>rrrr-mm-dd</i>			
A.2	W piśmie informującym o wyniku oceny zawarto prawidłowe pouczenie, o którym mowa w art. 21 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności . <i>(Jeżeli zaznaczono TAK należy przejść do pkt A.3-A.5 KW. Jeżeli zaznaczono NIE należy przejść do części B KW- dotyczy sytuacji niezamieszczenia pouczenia lub błędnego pouczenia w zakresie terminu do wniesienia protestu).</i>	TAK	NIE		
A.3	Termin na złożenie protestu przez Wnioskodawcę <i>(Termin 7- dniowy liczony od dnia następującego po dacie odebrania pisma, o którym mowa w pkt. A.1)</i>	<i>#VALUE!</i>			
A.4	Data złożenia protestu przez Wnioskodawcę w LGD	<i>rrrr-mm-dd</i>			
A.5	Protest został złożony w terminie. <i>(Jeżeli zaznaczono TAK należy przejść do cz. B KW. Jeżeli zaznaczono NIE należy przejść do pkt D.2 KW)</i>	TAK	NIE		
B. WYMOGI FORMALNE - zgodnie z art. 22a pkt 2 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o rozwoju lokalnym z udziałem lokalnej społeczności					
	Elementy podlegające weryfikacji	TAK	NIE	DO UZUPEŁNIENIA	NIE DOTYCZY
B.1	Protest zawiera oznaczenie zarządu województwa pomorskiego				
B.2	Protest zawiera oznaczenie wnioskodawcy				
B.3	Protest zawiera numer wniosku o wsparcie oraz numer naboru wniosków o wsparcie				
B.4a	Protest zawiera wskazanie warunków udzielenia wsparcia na wdrażanie LSR, z których oceną wnioskodawca się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem				
B.4b	Protest zawiera wskazanie kryteriów wyboru operacji, z których oceną wnioskodawca się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem				
B.4c	W proteście wskazano w jakim zakresie wnioskodawca nie zgadza się z ustaleniem przez LGD kwoty wsparcia na wdrażanie LSR niższej niż wnioskowana				
B.5	W proteście wskazano zarzuty o charakterze proceduralnym w zakresie przeprowadzonej oceny, jeżeli zdaniem wnioskodawcy takie naruszenia miały miejsce, wraz z uzasadnieniem				
B.6	Protest zawiera podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania, z załączeniem oryginału lub kopii dokumentu poświadczającego umocowanie takiej osoby do reprezentowania tego wnioskodawcy				

