**Załącznik nr 5 do Regulaminu wyboru projektów**

Priorytet:

Działanie:

Typ projektu:

Tytuł projektu:

Numer projektu:

Wnioskodawca:

Wnioskowana kwota z EFRR/FS:

Data wpłynięcia wniosku:

**komisja oceny projektu (KOP):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko i instytucja/wydział** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**ARKUSZ OCENY projektu KRYTERIA HORYZONTALNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nr | Nazwa kryterium | Ocena tak/nie/nie dotyczy | Uzasadnienie |
| KRYTERIA OBLIGATORYJNE OCENIANE ZEROJEDYNKOWO (niespełnienie kryterium eliminuje projekt z możliwości otrzymania wsparcia) | | | |
|  |  |  |  |
| KRYTERIA RANKINGUJĄCE OCENIANE PUNKTOWO (0 pkt nie eliminuje projektu z możliwości otrzymania wsparcia) | | | |
|  |  |  |  |

**Sporządził:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | |
|  |  | |
| nr | Nazwa kryterium | | | Ocena tak/nie/nie dotyczy | | Uzasadnienie |
| KRYTERIA OBLIGATORYJNE OCENIANE ZEROJEDYNKOWO (niespełnienie kryterium eliminuje projekt z możliwości otrzymania wsparcia) | | | | | | |
|  |  | | |  | |  |
| KRYTERIA RANKINGUJĄCE OCENIANE PUNKTOWO (0 pkt nie eliminuje projektu z możliwości otrzymania wsparcia) | | | | | | |
|  |  | | |  | |  |

**Sporządził:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |

**Wyniki oceny: kRYTERIA HORYZONTALNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wynik oceny dokumentacji złożonej w dniu**\***:** | | | | ……./……/………… |
|  | | | | |
| **Wniosek spełnia kryteria: HORYZONTALNE** | **Tak** | **Nie** | | |
|  |  | | |
|  | | | | |
| **DECYZJA** | **Projekt skierowany do dalszej oceny** | **Projekt oceniony negatywnie** | **Zwrot do wnioskodawcy z prośbą o uzupełnienie** | |
|  |  |  | |

**Jeśli projekt oceniony negatywnie**

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie negatywnej oceny projektu**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Jeśli zwrot do wnioskodawcy z prośbą o uzupełnienie**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin przesłania uwag Wnioskodawcy *(pismo do Wnioskodawcy)* | ……./……/………… |
| **Uwagi do dokumentacji i zalecenia dla Wnioskodawcy**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

**Weryfikacja przeprowadzona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | |
| Imię i nazwisko |  | |
| **Poprawność sporządzenia listy potwierdza:** | |  | | |
| Naczelnik Wydziału lub osoba upoważniona przez Dyrektora CUPT | | | |
| Imię i nazwisko |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Dyrektor/Zastępca Dyrektora lub osoba upoważniona przez Dyrektora CUPT | |
| Imię i nazwisko |  |

**ARKUSZ OCENY projektu KRYTERIA SPECYFICZNE DLA DZIAŁANIA/tYPU PROJEKTU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Nazwa kryterium | Ocena tak/nie/nie dotyczy | Uzasadnienie |
| KRYTERIA OBLIGATORYJNE OCENIANE ZEROJEDYNKOWO (niespełnienie kryterium eliminuje projekt z możliwości otrzymania wsparcia) | | | |
|  |  |  |  |
| KRYTERIA RANKINGUJĄCE OCENIANE PUNKTOWO (0 pkt nie eliminuje projektu z możliwości otrzymania wsparcia) | | | |
|  |  |  |  |

**Sporządził:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nr. | Nazwa kryterium | Ocena tak/nie/nie dotyczy | uzasadnienie |
| KRYTERIA OBLIGATORYJNE OCENIANE ZEROJEDYNKOWO (niespełnienie kryterium eliminuje projekt z możliwości otrzymania wsparcia) | | | |
|  |  |  |  |
| KRYTERIA RANKINGUJĄCE OCENIANE PUNKTOWO (0 pkt nie eliminuje projektu z możliwości otrzymania wsparcia) | | | |
|  |  |  |  |

**Sporządził:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |

**Wyniki oceny: KRYTERIA SPECYFICZNE DLA DZIAŁANIA/tYPU PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Wynik oceny dokumentacji złożonej w dniu**\***:** | | | | | | ……./……/………… |
|  | |  | |  | | | | |
| **Wniosek spełnia kryteria SPECYFICZNE** | **Tak** | | **Nie** | |  | | | |
|  | |  | |  | | | |
|  | |  | | | | | | |
| **DECYZJA** | **Projekt skierowany do dalszej oceny** | | **Projekt oceniony negatywnie** | | | **Zwrot do wnioskodawcy z prośbą o uzupełnienie** |  | |
|  | |  | | |  |  | |

**Jeśli projekt oceniony negatywnie**

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie negatywnej oceny projektu**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Jeśli zwrot do wnioskodawcy z prośbą o uzupełnienie**

|  |  |
| --- | --- |
| Termin przesłania uwag Wnioskodawcy *(pismo do Wnioskodawcy)* | ……./……/………… |
| **Uwagi do dokumentacji i zalecenia dla Wnioskodawcy**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

**Weryfikacja przeprowadzona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  | |
| Imię i nazwisko |  | |
| **Poprawność sporządzenia listy potwierdza:** | |  | | |
| Naczelnik Wydziału lub osoba upoważniona przez Dyrektora CUPT | | | |
| Imię i nazwisko |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Dyrektor/Zastępca Dyrektora lub osoba upoważniona przez Dyrektora CUPT | |
| Imię i nazwisko |  |

**Weryfikacja przeprowadzona przez:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Członkowie KOP | | |
| Imię i nazwisko |  | |
| Imię i nazwisko |  | |
| Imię i nazwisko |  | |
| **Poprawność sporządzenia listy potwierdza:** | |  | |
| Naczelnik Wydziału lub osoba upoważniona przez Dyrektora CUPT | | |
| Imię i nazwisko |  | |
|  | |  | |
| Dyrektor/Zastępca Dyrektora lub osoba upoważniona przez Dyrektora CUPT | | |
| Imię i nazwisko |  | |