**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 |  |