Załącznik nr 12 do Procedury wyboru i oceny operacji

**przyjętej jako Załącznik nr 2 do Uchwały nr VII/8/25 Zarządu Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania**

**PARTNERSTWO dla Doliny Baryczy z dnia 20.05.2025 r.**

**LISTA OPERACJI NIEWYBRANYCHDO FINANSOWANIA**

**Fundusz:**

**Nazwa interwencji/zakresu PS WPR: ………………………………………**

**Nabór nr …………………..**

**Przedsięwzięcie: …………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Znak sprawy LGD** | **Imię i nazwisko/**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana**  **kwota pomocy  (PLN)** | **Operacja spełnia kryteria oceny formalnej**  **(TAK/NIE)** | **Operacja jest zgodna z LSR**  **(TAK/NIE)** | **Operacja spełnienia warunki udzielenia wsparcia**  **(TAK/NIE)** | **Operacja uzyskała minimalną liczbę punktów**  **(TAK/NIE)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………………….., dn. **……………………………………………………….** …………………………………………………………… ………………………………………………………………………………….………………………

pieczątka LGD podpis Przewodniczącego lub Zastępca Przewodniczącego lub Sekretarza