Załącznik nr 12b do Procedury wyboru i oceny operacji

Wersja 2.0 z 04/06/2024r.

**UCHWAŁA NR ……………………**

**RADY …………………………………………………………………..**

**z dnia ……………. r.**

**w sprawie niewybrania operacji do finansowania w ramach naboru nr …………..**

Na podstawie § ……….. Statutu LGD oraz § …… Regulaminu Rady uchwala się co następuje

§ 1

W ramach naboru nr ………….. dotyczącego funduszu………, nazwa interwencji PS WPR/priorytet i cel FEW ……………………………………………………………………………..……   
nie wybiera się do finansowania operacji stanowiącej przedmiot poniższego wniosku o przyznanie pomocy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Znak sprawy LGD** | **Imię i nazwisko/**  **Nazwa Wnioskodawcy** | **Numer indentyfikacyjny** | **Tytuł operacji** | **Wnioskowana**  **kwota pomocy**  **(PLN)** | **Ustalona**  **kwota wsparcia**  **(PLN)** | **Kwota obciążająca budżet**  **(PLN)** | **Intensywność pomocy** | **Liczba uzyskanych punktów wg kryteriów wyboru** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

§ 2

Operacja:

* spełnia/nie spełnia\* warunki/ów\* oceny formalnej,
* jest/nie jest\* zgodna z LSR,
* spełnia/nie spełnia\* warunki/ów\* udzielenia wsparcia,
* nie uzyskała co najmniej minimalnej liczby punktów w ramach oceny operacji wg lokalnych kryteriów wyboru\*.

§ 3

Uzasadnienie oceny w ramach poszczególnych kryteriów oceny operacji znajduje się w załączniku nr 1 do uchwały.

§ 4

Operacja nie spełniła wymagań niezbędnych do wyboru do finansowania.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

*Miejscowość i data* podpis Przewodniczącego lub Zastępcę Przewodniczącego Rady Decyzyjnej

*\* niepotrzebne usunąć*

Załącznik nr 1 do uchwały ……. z dnia ……….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Lokalne kryteria wyboru operacji** | **Przyznana ocena** | **Uzasadnienie oceny** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |