** **

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Pieczęć LGD* | **WNIOSEK ODWOŁANIA OD DECYZJI RADY**  **dotyczący ponownej oceny grantu** | | | | |
| *Część A: Wypełnia wnioskodawca* | | | | | |
| Numer wniosku o przyznanie pomocy | Imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy | | | | |
|  |  | | | | |
| Nazwa tytuł wnioskowanej operacji |  | | | | |
| **WNOSZĘ O PONOWNE ROZPATRZENIE WNIOSKU O DOFINANSOWANIE OPERACJI PRZEZ RADĘ PROGRAMOWĄ LGD „PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE”** | | | | | |
| 1.Negatywna ocena zgodności zadania z LSR | Wyjaśnienie powodu odwołania od decyzji Rady Programowej | | | | |
| * OPIS * NIE DOTYCZY | | | | | |
| 2.Nieuzyskanie przez zadanie minimalnej liczby punktów, w ramach oceny zadania według lokalnych kryteriów wyboru. | Wskazanie kryteriów wyboru , z których oceną Wnioskodawca się nie zgadza, wraz  z uzasadnieniem | | | | |
| * OPIS * NIE DOTYCZY | | | | | |
| 3.Ustalenie przez Radę niższej od wnioskowanej kwoty wsparcia | Uzasadnienie wysokości wnioskowanej kwoty wsparcia | | | | |
| * OPIS * NIE DOTYCZY | | | | | |
| 4.Wynik wyboru, który powoduje, że zadanie nie mieści się w limicie środków wskazanym  w ogłoszeniu o naborze wniosków | Uzasadnienie wnioskodawcy | | | | |
|  | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA / SIEDZIBY WNIOSKODAWCY |  | | | | |
| ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli inny niż wskazany powyżej) |  | | | | |
| TELEFON KONTAKTOWY WNIOSKODAWCY |  | | | | |
| ADRES E-MAIL WNIOSKODAWCY |  | | | | |
| Mi  MIE  **Miejscowość:** | Data: |  | Czytelny podpis Wnioskodawcy | |  | |
|  |
| *Część B: wypełnia Biuro LGD* | | | | | | |
| Potwierdzenie złożenia wniosku w biurze LGD przez pracownika LGD | Data: |  | Czytelny podpis pracownika |  | | |

Instrukcja wypełnienia Wniosku ODWOŁANIA OD DECYZJI RADY

1. Wniosek powinien być wypełniony elektronicznie
2. Wnioskodawca wypełnia pola białe w części A wniosku.