|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis „projektu” pod kątem spełniania lokalnych kryteriów wyboru operacji zapisanych w LSR „Partnerstwa Sowiogórskiego”** | | | | |
| Załącznik stanowi uzupełnienie informacji zamieszczonych we wniosku.  W przypadku spełnienia kryterium Wnioskodawca zaznacza krzyżykiem pole OPIS i zamieszcza uzasadnienie kryterium. W przypadku niespełnienia kryterium wnioskodawca zaznacza krzyżykiem pole ND (nie dotyczy). | | | | |
| *Nazwa Wnioskodawcy:* | |  | | |
|  | | | | |
| *Siedziba Wnioskodawcy:* | | |  | |
|  | | | | |
| *Tytuł operacji:* |  | | | |
|  | | | | |
| **WSPARCIE ROZWOJU PRZEDSIĘBIORSTW** | | | |
| 1. **OPARCIE OPERACJI NA LOKALNYCH WARTOŚCIACH I ZASOBACH**   Należy opisać w jaki sposób realizacja projektu będzie bazowała lub służyła zachowaniu przynajmniej dwóch rodzajów zasobów (kulturalnym, historycznym lub przyrodniczym). | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **ZASTOSOWANIE ROZWIĄZAŃ SPRZYJAJĄCYCH OCHRONIE ŚRODOWISKA LUB PRZECIWDZIAŁANIU ZMIANOM KLIMATU**   Nalezy opisać w jaki sposób operacja przyczyni się do ochrony środowiska. | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **OPERACJA SPOWODUJE UTWORZENIE W PRZELICZENIU NA PEŁNE ETATY ŚREDNIOROCZNE**   **A/ 2 I WIĘCEJ MIEJSC PRACY –**  **B/ 1 MIEJSCA PRACY –**  **C/ PRZYCZYNI SIĘ DO UTRZYMANIA ISTNIEJĄCEGO MIEJSCA PRACY**  Należy wymienić ilość i rodzaj tworzonych miejsc pracy. | | | |
| A –  B –  C – | | | |
| 1. **UDZIAŁ W OPERACJI OSÓB Z GRUP DEFAWORYZOWANYCH**   Należy wskazać czy operacja angażuje przedstawicieli z grup defaworyzowanych. Jeżeli tak, to w jaki sposób. | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **URUCHAMIANA DZIAŁALNOŚĆ SPEŁNIA WARUNKI INNOWACYJNOŚCI**   Jakie cechy, formy innowacyjności posiada uruchamiana działalność? | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **URUCHAMIANA DZIAŁALNOŚĆ JEST ZWIĄZANA Z OBSŁUGĄ RUCHU TURYSTYCZNEGO LUB PRZETWÓRSTWEM PRODUKTÓW LOKALNYCH NA OBSZARZE LGD PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE**   W jaki sposób i przy pomocy jakich narzędzi operacja będzie powiązana z turystyką lub przetwórstwem produktów lokalnych na obszarze LGD? | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **WNIOSKODAWCA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO ROZPROPAGOWANIA ŹRÓDŁA FINANSOWANIA OPERACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI DO ZAMIESZCZENIA LOGOTYPU LGD ORAZ INNYCH ZGODNIE Z KSIĘGĄ WIZUALIZACJI WE WSZYSTKICH MATERIAŁACH POWSTAJĄCYCH W WYNIKU REALIZACJI PROJEKTU (WYDAWNICTWA, OZNAKOWANIE TABLICAMI INFORMACYJNYMI ITP.)**   W jaki sposób Wnioskodawca zamierza promować obszar LGD. Należy wskazać miejsce umieszczenia logotypu Lokalnej Grupy Działania „Partnerstwo Sowiogórskie” | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **OPERACJA PRZYCZYNIA SIĘ BEZPOŚREDNIO DO ZWIĘKSZENIA ATRAKCYJNOŚCI TURYSTYCZNEJ OBSZARU LGD PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE**   W jaki sposób i przy pomocy jakich narzędzi operacja zachęci turystów do odwiedzania obszaru LGD? | | | |
| * OPIS: * ND | | | |
| 1. **CZY WNIOSKODAWCA UCZESTNICZYŁ W SZKOLENIACH ORGANIZOWANYCH PRZEZ LGD NT. ZASAD, TRYBU PRZYZNAWANIA I ROZLICZANIA POMOCY W RAMACH DZIAŁANIA, Z KTÓREGO UBIEGA SIĘ O ŚRODKI**   Należy wpisać datę szkolenia, jeżeli dotyczyło one wnioskowanej operacji lub datę doradztwa bezpośredniego w biurze, dotyczącego pracy z wnioskiem i biznesplanem składanym w ramach konkursu. | | | |
| Data szkolenia:  Data doradztwa: | | | |
| 1. **POZIOM WKŁADU WŁASNEGO WNIOSKODAWCY JEST WYŻSZY NIŻ 35 %**   Należy podać w % wysokość wkładu własnego Wnioskodawcy. | | | |
|  | | | |
| 1. **WNIOSKODAWCA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ NA OBSZRZE LGD „PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE” POWYŻEJ 6 MIESIĘCY**   Proszę o podanie daty rejestracji działalności oraz załączyć wydruk z CEIDG. | | | |
|  | | | |

*Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika*