**Ocena wstępna**

**Karta weryfikacji zgodności operacji z warunkami udzielenia wsparcia w zakresie LSR**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko weryfikującego: |  |
| Numer naboru: |  |
| Znak sprawy: |  |
| Data wpływu: |  |
| Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy: |  |
| Tytuł operacji: |  |

1. WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI Z WARUNKAMI UDZIELENIA WSPARCIA W ZAKRESIE LSR

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK |
| 1. Cel szczegółowy *NAZWA CELU SZCZEGÓŁOWEGO*
 | Tak |
| WR. 1. NAZWA WSKAŹNIKA REZULTATU DLA CELU SZCZEGÓŁOWEGO | Tak |
| P.1.1. Przedsięwzięcie *NAZWA PRZEDSIĘWZIĘCIA* | Tak |
| WP. 1.1.1. NAZWA WSKAŹNIKA PRODUKTU DLA PRZEDSIĘWZIĘCIA | Tak |
| 2. Cel szczegółowy *NAZWA CELU SZCZEGÓŁOWEGO* | Tak |
| … | Tak |

1. DECYZJA W SPRAWIE ZGODNOŚCI OPERACJI Z WARUNKAMI UDZIELENIA WSPARCIA W ZAKRESIE LSR

|  |  |
| --- | --- |
| Operacja jest zgodna z LSR |   TAK  NIE  wniosek wymaga uzupełnień |
| *Uzasadnienie wezwania do uzupełnień (jeśli dotyczy)* |  |
| *Uwagi* |  |

Zweryfikował: *Imię i nazwisko*

Zatwierdził: *Imię i nazwisko*

Data zatwierdzenia ………………………………………….