|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce na pieczątkę | | **KARTA WERYFIKACJI zgodności wniosku o powierzenie grantu z LSR** | | | | | | | | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| NUMER WNIOSKU: | | | IMIĘ I NAZWISKO lub NAZWA WNIOSKODAWCY: | | | | | | | | | | |
| NAZWA / TYTUŁ WNIOSKU: | | | |  | | | | | | | | | |
| DZIAŁANIE PROW 2014-2020  W RAMACH WSPARCIA DLA ROZWOJU LOKALNEGO W RAMACH INICJATYWY LEADER | | | | * Projekt grantowy:    Aktywny mieszkaniec „Wrzosowej Krainy”   Dziedzictwo przyrodnicze i kulturowe „Wrzosowej Krainy” | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Czy realizacja wniosku przyczyni się do osiągnięcia celu ogólnego LSR oraz jego wskaźników?** | | | | | | | | | | | | | |
| Co2: Wzmocnienie kapitału społecznego oraz zwiększenie samodzielności mieszkańców w radzeniu sobie z lokalnymi problemami i działaniami na rzecz zachowania tożsamości, jakości i integracji obszaru LGD | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Czy realizacja wniosku przyczyni się do osiągnięcia celów szczegółowych LSR oraz ich wskaźników?** | | | | | | | | | | | | | |
| Cs. 2.1 Zwiększenie liczby działań na rzecz aktywizacji społeczności lokalnych, przedstawicieli grup defaworyzowanych oraz organizacji pozarządowych | | | | | | | | | | | | |  |
| Cs. 2.2 Zwiększenie dostępu do atrakcyjnej oferty kulturalnej i edukacyjnej | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Czy realizacja wniosku przyczyni się do osiągnięcia przedsięwzięć oraz ich wskaźników?** | | | | | | | | | | | | | |
| P. 4 Razem i aktywnie we „Wrzosowej Krainie” | | | | | | | | | | | | |  |
| P. 5 Poznajemy kulturę i dziedzictwo „Wrzosowej Krainy” | | | | | | | | | | | | |  |
| **Uznaję operację za zgodną/niezgodną\* z LSR i przekazuję do dalszej oceny zgodności z Programem oraz wyborowi i ustaleniu kwoty wsparcia** (niepotrzebne skreślić) | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie/uwagi:** | | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA BIURA, KTÓRY DOKONAŁ WERYFIKACJI: | | | | | | |  | | | | | | |
| MIEJSCE: |  | | | | DATA: | |  | CZYTELNY PODPIS: | |  | | | |
| PODPIS SEKRETARZA RADY: |  | | | | | PODPIS PRZEWODNICZĄCEGO: | | |  | | | | |