



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



Województwo  
Kujawsko-Pomorskie

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## Karta oceny strategicznej ZIT

**NUMER WNIOSKU:** .....

**INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:** .....

**NUMER KONKURSU:** .....

**TYTUŁ PROJEKTU:** .....

**SUMA KONTROLNA WNIOSKU:** .....

**NAZWA WNIOSKODAWCY:** .....

**OCENIAJĄCY:** .....

**I. KRYTERIA STRATEGICZNE DOSTĘPU** (zaznaczyć właściwe znakiem „X”)

1.	Zgodność ze strategią rozwoju Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT).	
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**UZASADNIENIE OCENY NEGATYWNEJ** (wypełnić, jeśli w części I. zaznaczono „NIE” jako odpowiedź skutkującą negatywną oceną przynajmniej jednego z kryteriów strategicznych dostępu)

**II. KRYTERIA STRATEGICZNE PREMIUJĄCE** (wpisać liczbę punktów równą określonej wadze punktowej, jeśli kryterium zostało spełnione)

Lp.	Kryterium strategiczne premiujące	Przyznana liczba punktów	Waga punktowa kryterium	Uzasadnienie oceny kryterium (wypełnić w przypadku przyznania liczby punktów mniejszej niż maksymalna)
1.	Projekt zakłada realizację wsparcia wyłącznie dla osób z niepełnosprawnościami.		Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt.	
2.	Projekt zakłada partnerstwo z podmiotem ekonomii społecznej.		Tak – 3 pkt. Nie – 0 pkt.	
3.	Projekt charakteryzuje się wysoką efektywnością kosztową.		Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt.	
4.	Projekt zakłada wykorzystanie skutecznych rozwiązań lub produktów wypracowanych w ramach projektów innowacyjnych		Tak – 5 pkt. Nie – 0 pkt.	

	Programu Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki lub PO WER.			
5.	Projekt zakłada realizację programu aktywności lokalnej <sup>1</sup> .		Tak – 7 pkt. Nie – 0 pkt.	
<b>Suma punktów przyznanych za kryteria strategiczne premiujące</b>				

<b>III. DECYZJA O MOŻLIWOŚCI REKOMENDOWANIA PROJEKTU DO DOFINANSOWANIA</b>		
<b>CZY PROJEKT SPEŁNIA WSZYSTKIE KRYTERIA OCENIANE NA ETAPIE OCENY STRATEGICZNEJ ZIT I JEST REKOMENDOWANY DO DOFINANSOWANIA?</b> (zaznaczyć właściwe znakiem „X”)		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> KRYTERIUM/KRYTERIA SKIEROWANE DO WYJAŚNIEŃ
<b>UZASADNIENIE SKIEROWANIA KRYTERIUM/KRYTERIÓW STRATEGICZNYCH ZIT DO WYJAŚNIEŃ</b> (wypełnić, jeśli w części III. zaznaczono „KRYTERIUM/KRYTERIA SKIEROWANE DO WYJAŚNIEŃ”)		

.....  
podpis Oceniającego

.....  
data

<sup>1</sup> Program aktywności lokalnej - partnerstwo lokalne zainicjowane przez OPS, inną jednostkę organizacyjną samorządu terytorialnego lub organizację pozarządową w celu realizacji działań na rzecz aktywizacji społecznej i rozwiązywania problemów społeczności lokalnej oraz w celu zapewnienia współpracy i koordynacji działań instytucji i organizacji istotnych dla zaspokajania potrzeb członków społeczności lokalnej. Program aktywności lokalnej skierowany jest do osób w ramach konkretnego środowiska lub członków danej społeczności.

.....

podpis Sekretarza

.....

data

.....

podpis Przewodniczącego Podkomisji IP ZIT

.....

data