



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Karta oceny strategicznej ZIT

NUMER WNIOSKU:

INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:

NUMER KONKURSU: RPKP.09.01.01-IZ.00-04-208/18

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 – 10 pkt. Nie – 0 pkt.	
2.	Projekt zakłada partnerstwo z podmiotem ekonomii społecznej.		Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt.	
3.	Projekt charakteryzuje się wysoką efektywnością kosztową.		Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt.	
4.	Projekt zakłada wykorzystanie rozwiązań lub produktów wypracowanych w ramach projektów innowacyjnych Programu		Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt.	

	Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki lub PO WER.			
Suma punktów przyznanych za kryteria strategiczne premiujące				

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

.....
podpis Oceniającego

.....
data

.....
podpis Sekretarza

.....
data

.....
podpis Przewodniczącego Podkomisji IP ZIT

.....
data