**UCHWAŁA Nr …./……..**

Rady Lokalnej Grupy Działania  
Gryflandia  
z dnia…………r.

**w sprawie wyboru operacji nr:**

Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy:

Tytuł operacji:

Numer ARiMR:

Data wpływu:

Adres wnioskodawcy:

Wnioskowana kwota pomocy:

Na podstawie par. XX pkt XX Statutu Stowarzyszenia oraz na podstawie Regulaminu Rady Stowarzyszenia LGD Gryflandia w związku z ogłoszonym naborem nr ………………., trwającym   
w okresie od ………………….. do ……………………., w zakresie:………………………. przy limicie środków w wysokości …………,……., zgodnie z procedurą wyboru operacji, uchwala co następuje:

§ 1

Operacja pn.: ***Tytuł operacji***

1. jest zgodna z warunkami udzielenia wsparcia: **TAK/NIE**
   1. w tym: spełnia warunki weryfikacji wstępnej: **TAK/NIE**
   2. w tym: jest zgodna z celami lokalnej strategii rozwoju: **TAK/NIE**
   3. w tym: jest zgodna z Programem PS WPR : **TAK/NIE**
2. w ramach oceny zgodności z lokalnymi kryteriami wyboru operacja uzyskała: **…… punktów**
3. uzyskała minimalną liczbę punktów, w ramach oceny spełnienia kryteriów wyboru: **TAK/NIE**
4. mieści się w limicie środków wskazanym w ogłoszeniu naboru wniosków o przyznanie pomocy: **TAK/NIE**
5. LGD ustaliła kwotę wsparcia w wysokości: **………….. zł**
6. uzasadnienie w przypadku ustalenia kwoty wsparcia niższej niż wnioskowana: *NIE DOTYCZY*
7. intensywność wsparcia: **……….%**
8. Załącznik nr 1: Formularz zgodności z lokalnymi kryteriami wyboru *(JEŚLI DOTYCZY)*

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przewodniczący Rady   …………………………………………… |