

**Wzór Protestu**

<b>Potwierdzenie złożenia wniosku w biurze Stowarzyszenia Kraina św. Anny: Data wpływu protestu do LGD i podpis pracownika LGD</b>			
<b>NUMER WNIOSKU:</b>		Oznaczenie Zarządu Województwa Opolskiego	<b>SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO</b>
<b>IMIĘ i NAZWISKO lub NAZWA WNIOSKODAWCY:</b>		..... .....	
<b>NAZWA/TYTUŁ OPERACJI:</b>		..... .....	
<b>ZAKRES WSPARCIA PROW 2014-2020 W RAMACH WDRAŻANIA LSR:</b>		..... .....	
<b>POWÓD WNIESIENIA PROTESTU:</b>	<b>I. ZOSTAŁA NEGATYWNIE OCENIONA POD WZGLĘDEM ZGODNOŚCI Z LSR,</b> <input type="checkbox"/> brak zgodności z LSR, w tym w szczególności: <input type="checkbox"/> nieosiągnięcie zaplanowanych w LSR wskaźników, <input type="checkbox"/> brak zgodności z: <input type="checkbox"/> warunkami udzielenia wsparcia, <input type="checkbox"/> formą udzielenia wsparcia, <input type="checkbox"/> z zakresem tematycznym, <input type="checkbox"/> nieterminowe złożenie wniosku, <input type="checkbox"/> złożenie wniosku w niewłaściwym miejscu.		
	<b>II. NIE UZYSKAŁA MINIMALNEJ LICZBY PUNKTÓW W RAMACH KRYTERIÓW WYBORU OPERACJI (CZYLI NIE ZOSTAŁA WYBRANA PRZEZ RADĘ PROGRAMOWĄ),</b> <input type="checkbox"/> Nie uzyskanie minimalnej liczby punktów ze wszystkich kryteriów, w tym w ramach pojedynczego kryterium, jeśli zostało to przewidziane w ramach lokalnych kryteriów wyboru operacji w tym:  <b>III.</b> została wybrana, ale nie mieści się w limicie środków wskazanym w ogłoszeniu o naborze wniosków, przy czym okoliczność, że operacja nie mieści się w limicie środków wskazanym w ogłoszeniu nie może stanowić wyłącznej przesłanki wniesienia protestu. <u>Podstawą wniesienia protestu musi być zarzut w zakresie niezgadzenia się wnioskodawcy z oceną operacji w ramach kryteriów wyboru operacji (wraz z stosowanym uzasadnieniem)</u>  <input type="checkbox"/> <b>IV. PROTEST TAKŻE PRZYSŁUGUJE OD USTALENIA PRZEZ LGD KWOTY WSPARCIA NIŻSZEJ NIŻ WNIOSKOWANA.</b>		
<b>UZASADNIENIE POWODU WNIESIENIA PROTESTU:</b>			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY WNIOSKODAWCY ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli inny niż wskazany)</b>			
<b>TELEFON KONTAKTOWY ADRES KONTAKTOWY E-MAIL WNIOSKODAWCY:</b>			
<b>WNOSZĘ O PONOWNE ROZPATRZENIE WNIOSKU O DOFINANSOWANIE OPERACJI</b>			
<b>MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY:</b>			