



| KARTA WERYFIKACJI FORMALNEJ I KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU (wypełnia Operator): | |
|--|--|
| Nr projektu | FEDS.08.02-IP.02-0004/23 |
| Tytuł projektu | „Nowoczesne kadry Dolnego Śląska - system finansowania usług rozwojowych dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego” |
| Nazwa Operatora | AGENCJA ROZWOJU REGIONALNEGO "AGROREG" SA. / Regionalne Centrum Rozwoju i Edukacji sp. z o.o. |
| Imię i nazwisko Uczestnika | |
| Numer naboru | |
| Numer Formularza zgłoszeniowego | |

| | | |
|--|---|--|
| Podpisy pod wszystkimi oświadczeniami | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (DO ODRZUCENIA) | |
| Kompletność załączników: | ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY |
| UCZESTNIK KWALIFIKUJE SIĘ DO UDZIAŁU W UCZESTNICTWIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (ODRZUCENIE) <input type="checkbox"/> NIE SPEŁNIA KRYTERIÓW UCZESTNICTWA (ODRZUCENIE) <input type="checkbox"/> ZŁOŻONO NIEKOMPLETNY WNIOSEK (ODRZUCENIE) | |
| Uczestnik zamieszkujący subregion wałbrzyski tj.: pow. dzierzoniowski, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski i m. Wałbrzych, ząbkowicki. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | |

| KRYTERIA PREMIUJĄCE | |
|---|--------------------------|
| KRYTERIUM | ILOŚĆ UZYSKANYCH PUNKTÓW |
| UCZESTNIK Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ | |
| UCZESTNIK WYBRAŁ USŁUGĘ ROZWOJOWĄ PROWADZĄCĄ DO ZDOBYCIA KOMPETENCJI/KWALIFIKACJI ZIELONE | |



| | |
|---|--|
| UCZESTNIK WYBRAŁ USŁUGĘ ROZWOJOWĄ PROWADZĄCĄ DO ZDOBYCIA KOMPETENCJI/KWALIFIKACJI CYFROWYCH | |
| UCZESTNIK JEST OSOBĄ BEZROBOTNĄ | |
| UCZESTNIK JEST OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO | |
| UCZESTNIK JEST KOBIETĄ | |
| SUMA PUNKTÓW: | |

| PRYZNANY POZIOM DOFINANSOWANIA | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|
| 80% | <input type="checkbox"/> | 90% | <input type="checkbox"/> |
| WARTOŚĆ CAŁKOWITYCH KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH USŁUG ROZWOJOWYCH BRUTTO | | | |
| KWOTA REFUNDACJI BRUTTO | | | |
| WARTOŚĆ WKŁADU WŁASNEGO BRUTTO | | | |

| | | |
|--|-------|--|
| CZYTELNY PODPIS OSOBY WERYFIKUJĄCEJ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY | DATA: | |
|--|-------|--|