** **

|  |
| --- |
|  **PROTEST**  |
| Instytucja (adres) za pośrednictwem której wnoszony jest protest | **Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania** **„Partnerstwo Sowiogórskie”**ul. Grunwaldzka 2658-340 Głuszyca |
| Instytucja do której kierowany jest protest | **Urząd Marszałkowski Województwa DolnośląskiegoDepartament Obszarów Wiejskich i Zasobów NaturalnychWydział Obszarów Wiejskich**ul. Wybrzeże  J. Słowackiego 12-1450-411 Wrocław |
| *Część A: Wypełnia wnioskodawca* |
| Numer wniosku o przyznanie pomocy | Imię i nazwisko lub nazwa wnioskodawcy |
|  |  |
| Nazwa / tytuł wnioskowanej operacji |  |
|  **WNOSZĘ O PONOWNE ROZPATRZENIE WNIOSKU O DOFINANSOWANIE OPERACJI PRZEZ RADĘ PROGRAMOWĄ LGD „PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE”** |
| 1.Negatywna ocena zgodności zadania z LSR | Wyjaśnienie powodu odwołania od decyzji Rady Programowej  |
| * OPIS
* NIE DOTYCZY
 |
| 2.Nieuzyskanie przez operację minimalnej liczby punktów, w ramach oceny operacji według lokalnych kryteriów wyboru | Wskazanie kryteriów wyboru , z których oceną Wnioskodawca się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem |
| * OPIS
* NIE DOTYCZY
 |
| 3.Ustalenie przez Radę niższej od wnioskowanej kwoty wsparcia | Uzasadnienie wysokości wnioskowanej kwoty wsparcia |
| * OPIS
* NIE DOTYCZY
 |
| 4.Wynik wyboru, który powoduje, że operacja nie mieści się w limicie środków wskazanym w ogłoszeniu o naborze wniosków | Uzasadnienie wnioskodawcy |
|  |
| Adres zamieszkania / siedziby wnioskodawcy |  |
| Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż wskazany powyżej)  |  |
| Telefon kontaktowy wnioskodawcy |  |
| Adres e-mail wnioskodawcy |  |
| Miejscowość: | Data: |  | Czytelny podpis Wnioskodawcy |  |
|  |
| *Część B: wypełnia Biuro LGD* |
| Potwierdzenie złożenia wniosku w biurze LGD przez pracownika LGD  | Data: |  | Czytelny podpis pracownika |  |

Instrukcja wypełnienia Wniosku PROTESTU OD DECYZJI RADY

1. Wniosek powinien być wypełniony elektronicznie
2. Wnioskodawca wypełnia pola białe w części A wniosku.