Załącznik nr 6 do Regulaminu Prac KOP dla Działania 2 Edycja 2

Wzór Protokołu z oceny przedsięwzięcia

**Protokół**

**z oceny przedsięwzięcia zgłoszonego do objęcia wsparciem**

**w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności**

**Inwestycji D2.1.1**

**Komponent D** „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”,

Inwestycja D2.1.1. „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”,

**Działanie 2** Systemu zachęt[[1]](#footnote-2): Stypendia dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo

oraz ratownictwo medyczne,

**Termin złożenia wniosku**:……………………………………

**Numer Wniosku:** …………………………………………….

**Tytuł przedsięwzięcia**: Objęcie wsparciem ze środków Planu rozwojowego, Przedsięwzięcia w postaci stypendiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne. Edycja 2, rok akademicki 2023/2024.

**Wnioskodawca**………………………………………………………………………………………………………………………

**Terminarz przeprowadzenia oceny wniosku o objęcie wsparciem:**

Ocena **warunków formalnych** wniosku o objęcie przedsięwzięcia wparciem została przeprowadzona w dniach od …………………do …………………….

Złożony przez Wnioskodawcę wniosek o objęcie przedsięwzięcia wsparciem na realizację ww. przedsięwzięcia, został oceniony pod względem spełnienia warunków formalnych. Komisja Oceny Przedsięwzięć uznała warunki formalne za spełnione / niespełnione (tj. przedsięwzięcie nie spełniło warunku formalnego nr ........ pn. ……...)

**Ocena horyzontalna i szczegółowa** wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem przeprowadzona została w dniach od...... …….do ............

Komisja Oceny Przedsięwzięć pozytywnie/ negatywnie oceniła wniosek o objęcie wsparciem na podstawie kryteriów horyzontalnych i/lub szczegółowych (tj. przedsięwzięcie nie spełniło kryterium horyzontalnego i/lub szczegółowego nr .... pn.....)

W dniu …………….. przedsięwzięcie zostało **rekomendowane** przez Przewodniczącego KOP do objęcia wsparciem / przedsięwzięcie zostało ocenione negatywnie z powodu niespełnienia warunków formalnych/ lub kryteriów horyzontalnych i/lub niespełnienia kryteriów szczegółowych.

**LISTA CZŁONKÓW KOP UCZESTNICZĄCYCH W WERYFIKACJI FORMALNEJ, OCENIE HORYZONTALNEJ I SZCZEGÓŁOWEJ WNIOSKU O OBJĘCIE WSPARCIEM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko Członka KOP | Ocena  warunków formalnych, horyzontalna/szczegółowa | Wynik oceny |
| Członek KOP |  |  |  |

**Informacja w zakresie wyniku weryfikacji deklaracji bezstronności i poufności członka/członków KOP w systemach Skaner i Arachne:**

**…………………………………………………………………………………………………**

**Dodatkowe uwagi i ustalenia KOP:**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko osoby sporządzającej Protokół: ………………………………………………….

Data: *zgodnie z podpisem elektronicznym*

Podpis: *podpisano elektronicznie*

Zatwierdził:

Imię i nazwisko Przewodniczącego KOP: ………………………………………………….

Data: *zgodnie z podpisem elektronicznym*

Podpis: *podpisano elektronicznie*

**Załączniki:**

* Lista sprawdzająca przedsięwzięcia zgłoszonego do objęcia wsparciem w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności,
* Raporty potwierdzające wyniki weryfikacji deklaracji bezstronności i poufności członka/członków KOP w systemach Skaner i Arachne.

1. Określonego w uchwale Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 pn. „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”, M.P. z 2022 r. poz. 1237oraz z 2024 r. poz. 367. [↑](#footnote-ref-2)