



„Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich: Europa inwestująca w obszary wiejskie”

**KARTA DORADZTWA  
LOKALNEJ GRUPY DZIAŁANIA „PARTNERSTWO SOWIOGÓRSKIE”  
WZÓR OBOWIĄZUJE OD 09.09.2020.**

Doradztwo realizowane w ramach poddziałania 19.4 „Wsparcie na rzecz kosztów bieżących i aktywizacji” objętego PROW na lata 2014-2020 na rzecz realizacji poddziałania 19.2 „Wsparcie na wdrażanie operacji w ramach strategii Rozwoju lokalnego kierowanego przez społeczność”

Imię i nazwisko pracownika: .....

Data: ..... Czas trwania rozmowy/spotkania: .....

**Forma kontaktu:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kontakt bezpośredni (osobisty)    | <input type="radio"/> pierwszy kontakt |
| <input type="checkbox"/> Kontakt telefoniczny <sup>1</sup> | <input type="radio"/> kolejny kontakt  |
| <input type="checkbox"/> Kontakt E-mail <sup>2</sup>       |  |

**Informacje o osobie otrzymującej wsparcie**

Nazwa podmiotu / Nazwisko i Imię			
Podmiot:	<input type="checkbox"/> Osoba fizyczna (z wyłączeniem osób prowadzących działalność gospodarczą) <input type="checkbox"/> Przedsiębiorcy (w tym osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą) <input type="checkbox"/> Organizacje pozarządowe <input type="checkbox"/> Inne podmioty		
Miejscowość/ kod pocztowy			
Ulica/ Nr domu/lokalu			
E-mail		Tel./fax.	
Strona www		Tel. kom.	
	<input type="checkbox"/> Osoby niepełnosprawne – posiadające orzeczenie o niepełnosprawności		Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Grupa defaworyzowana wg LSR	Tak	<input type="checkbox"/> Osoby bezrobotne – zarejestrowane w urzędzie pracy	
		<input type="checkbox"/> Osoby korzystające z pomocy społecznej z powodu ubóstwa	
		<input type="checkbox"/> Osoby powyżej 50 roku życia	
		<input type="checkbox"/> Osoby młode do ukończenia 25 roku życia	
		<input type="checkbox"/> Nie	

<sup>1</sup> W przypadku kontaktu telefonicznego kartę doradczą podpisuje wyłącznie pracownik świadczący doradztwo

<sup>2</sup> W przypadku kontaktu e-mail zamiast podpisu Beneficjenta do karty doradczej załącza się wydruk korespondencji z poczty elektronicznej



„Europejski Fundusz Rolny na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich: Europa inwestująca w obszary wiejskie”

**Operacja, której dotyczy doradztwo**

- Projekty grantowe
- Podjęcie działalności gospodarczej
- Rozwój działalności gospodarczej
  - operacja przewiduje zatrudnienie       nie przewiduje zatrudnienia (do 25 tys. zł )
- Operacje o wartości pow. 50 tys. zł. (tzw. duże)

Nr naboru którego dotyczy doradztwo .....

Nr w rejestrze .....

**Tematyka doradztwa:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

- Zakres doradztwa dotyczył konsultacji przygotowanej przez Wnioskodawcę pełnej dokumentacji planowanego do złożenia wniosku o przyznanie pomocy oraz załączników. W związku z tym wnioskodawca ma prawo do otrzymania punktów za doradztwo/konsultację, zgodnie z odpowiednim kryterium oceny w ramach lokalnych kryteriów wyboru.
- konsultacja nie podlega punktacji w ramach lokalnych kryteriów wyboru

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych umieszczonych w karcie dla potrzeb Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania „Partnerstwo Sowiogórskie” z siedzibą w Głuszycy 58-340, ul. Grunwaldzka 26, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.) Jednocześnie informujemy, że administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Partnerstwo Sowiogórskie” oraz o prawie dostępu oraz możliwości poprawienia danych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z póź. zm.), Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (dalej Rozporządzenie) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 )*

**POTWIERDZAM, IŻ ZOSTAŁEM POINFORMOWANY CZY PRZEPROWADZONE DORADZTWO PODLEGA PUNKTACJI W RAMACH LKW**

.....  
Podpis pracownika

.....  
Czytelny podpis klienta (beneficjenta)  
w przypadku bezpośredniej formy kontaktu