*LOGOTYPY*

**Ocena wstępna**

**Karta weryfikacji zgodności operacji z warunkami udzielenia wsparcia w programu PS WPR**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko weryfikującego: |  |
| Numer naboru: |  |
| Znak sprawy: |  |
| Data wpływu: |  |
| Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy: |  |
| Tytuł operacji: |  |

1. WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI Z WARUNKAMI UDZIELENIA WSPARCIA W PROGRAMU PS WPR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE | DO UZUP. | ND |
| 1. Operacja dotyczy zakresu START DG
 | Tak |  |  | Nie dotyczy |
| 1. Wnioskodawcą jest osoba fizyczna / osoba fizyczna wykonująca działalność gospodarczą
 | Tak | Nie | Do uzup. | Nie dotyczy |
| 1. wnioskodawca nie wykonywał i nie wykonuje działalności gospodarczej, do której stosuje się przepisy ustawy Prawo przedsiębiorców w okresie roku poprzedzającego złożenie WOPP;
 | Tak | Nie | Do uzup. | Nie dotyczy |
| 1. wnioskodawcy nie została dotychczas przyznana oraz wypłacona pomoc w ramach PS WPR na operację w tym zakresie;
 | Tak | Nie | Do uzup. | Nie dotyczy |
| …… | Tak | Nie | Do uzup. | Nie dotyczy |

1. WYNIK WERYFIKACJI ZGODNOŚCI OPERACJI Z WARUNKAMI UDZIELENIA WSPARCIA W PROGRAMU PS WPR

|  |  |
| --- | --- |
| Na podstawie przeprowadzonej weryfikacji operację uznaje się za zgodną z PS WPR |   TAK  NIE  wniosek wymaga uzupełnień |
| *Uzasadnienie wezwania do uzupełnień (jeśli dotyczy)* |  |
| *Uwagi* |  |

Zweryfikował: *Imię i nazwisko*

Zatwierdził: *Imię i nazwisko*

Data zatwierdzenia ………………………………………….