

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji projektu „Przepis na Biznes – rozwój przedsiębiorczości w Łódzkim Obszarze Metropolitalnym” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII „Zatrudnienie” Działanie VIII.3 „Wsparcie przedsiębiorczości”, Poddziałanie VIII.3.3 „Wsparcie przedsiębiorczości w formach bezwrotnych - ZIT

FORMULARZ ODWOŁANIA

od oceny Formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie:
„Przepis na Biznes – rozwój przedsiębiorczości w Łódzkim Obszarze Metropolitalnym”

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ	
Numer formularza:	
Data i godzina przyjęcia:	data (dd-mm-rrrr).....r. godzina
Czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty	
<p>1. UWAGA! Formularz odwołania należy wypełnić w języku polskim elektronicznie lub odręcznie (drukowanymi literami), w sposób kompletny (należy udzielić odpowiedzi na każde pytanie).</p> <p>2. Należy czytelnie podpisać formularz w wyznaczonych miejscach oraz parafować pozostałe strony formularza.</p> <p>3. Niespełnienie powyższych warunków skutkować może odrzuceniem formularza rekrutacyjnego na etapie oceny formalnej.</p> <p>4. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zweryfikowania przedstawionych w niniejszym formularzu odwołania informacji. Przedłożenie oświadczenia lub podanie danych w formularzu odwołania niezgodnych ze stanem faktycznym może skutkować wykluczeniem z Projektu lub być potraktowane jako próba wyłudzenia środków finansowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.</p>	

I. DANE KANDYDATA

Imię

Nazwisko

II. ODWOŁANIE



Nr i nazwa kryterium	Liczba uzyskanych punktów	Treść uzasadnienia oceny	Treść odwołania

.....
(data i podpis Kandydata)



POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA FORMULARZA ODWOŁANIA

od oceny Formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie:
„Przepis na Biznes – rozwój przedsiębiorczości w Łódzkim Obszarze Metropolitalnym”

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ	
Numer formularza:	
Data i godzina przyjęcia:	data (dd-mm-rrrr).....r. godzina
Czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty	