**Załącznik nr 6 do Regulaminu**

Lista rekrutacyjna do udziału w projekcie

pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE"

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach

 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,

Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,

Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie

Projekt nr RPMP.09.02.01-12-0013/18

LISTA POTENCYJALNYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU PONIŻEJ 65 R.Ż

NA DZIEŃ ……………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | IMIĘ I NAZWISKO | SPEŁNIENIE WSZYSTKICH KRYTERIÓW UDZIAŁTU W PROJEKCIE (TAK/NIE) | LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW- 1 pkt dla os powyżej 65r.ż - 0 pkt dla os poniżej 65r. ż |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| .. |  |  |  |

LISTA POTENCYJALNYCH UCZESTNIKÓW PROJEKTU POWYŻEJ 65 R.Ż

NA DZIEŃ ……………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | IMIĘ I NAZWISKO | SPEŁNIENIE WSZYSTKICH KRYTERIÓW UDZIAŁTU W PROJEKCIE (TAK/NIE) | LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW- 1 pkt dla os powyżej 65r.ż - 0 pkt dla os poniżej 65r. |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| .. |  |  |  |

**Podpisy członków Zespołu:**

............................................................................................................

 (imię i nazwisko) (stanowisko: Pielęgniarka koordynująca)

.............................................................................................................

 (imię i nazwisko) (stanowisko: Pielęgniarka)

.............................................................................................................

 (imię i nazwisko) (stanowisko)

.............................................................................................................

 (imię i nazwisko) (stanowisko)

***Wypełnia Kierownik Projektu***

**Zatwierdzam**

Podpis i pieczęć: …………………………………………………

...........................................*dnia* .........................

 *miejscowość*