Załącznik nr 5 do Regulaminu Prac KOP

**Lista sprawdzająca przedsięwzięcia zgłoszonego do objęcia wsparciem**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ocena dokonywana po raz pierwszy |  |
| Ocena po uzupełnieniach |  |

**zaznaczyć właściwe**

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”,

Wskaźnik D31G „Liczba zmodernizowanych obiektów dydaktycznych do celów kształcenia przedklinicznego (w tym centrów symulacji medycznych), dostosowanych obiektów bazy klinicznej wykorzystywanych do kształcenia w centralnych szpitalach klinicznych, zmodernizowanych infrastruktur bibliotek i akademików na uniwersytetach medycznych”,

Nabór 1 dot. modernizacji i doposażenia obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne**.**

Tytuł przedsięwzięcia:……………………………………………………………………………………

Numer wniosku:……………….....................................................................................................

Wnioskodawca:.............................................................................................................................

Wnioskowana kwota z RRF[[1]](#footnote-1):……………………….....................................................................

Data wpłynięcia wniosku:………………….................................................................................

1. **Ocena spełnienia warunków formalnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunek formalny** | **0/1** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Wniosek złożony w terminie |  |  |
| 2. | Wniosek sporządzony i złożony za pośrednictwem systemu CST2021 |  |  |
| 3. | Wniosek sporządzony w języku polskim |  |  |
| 4. | Kompletność dokumentacji aplikacyjnej: wniosku  i załączników |  |  |
| 5. | **Złożenie wniosku przez Rektora lub osobę umocowaną przez niego do reprezentowania [[2]](#footnote-2)** |  |  |
| 6. | We wniosku nie zidentyfikowano oczywistych omyłek pisarskich i błędów rachunkowych |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wniosek spełnia warunki formalne** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

Decyzja\*...................................…………………………………

Imię i nazwisko oceniającego: …………………………

Data: zgodnie z podpisem elektronicznym

Podpis: podpisano elektronicznie

\* przedsięwzięcie skierowane do oceny horyzontalnej i szczegółowej/wezwanie nr …………..do uzupełnienia/poprawy wniosku

1. **Ocena horyzontalna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | **0/1/nie dotyczy** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Zgodność z ramami czasowymi planu rozwojowego |  |  |
| 2. | Zgodność z planem rozwojowym |  |  |
| 3. | Brak podwójnego finansowania |  |  |
| 4. | Spójność informacji zawartych we wniosku o objęcie wsparciem, załącznikach do wniosku o objęcie wsparciem |  |  |
| 5. | Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn |  |  |
| 6. | Właściwie określone wydatki kwalifikowalne |  |  |
| 7. | Sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy i wykonalność finansowa przedsięwzięcia |  |  |
| 8. | Pomoc publiczna oraz pomoc de minimis |  |  |
| 9. | Zgodność z zasadą „niewyrządzania znaczącej szkody środowisku” (DNSH – „do no significant harm”) |  |  |
| 10. | Zgodność z zasadą zrównoważonego rozwoju - racjonalne wykorzystywanie zasobów naturalnych |  |  |
| 11. | Zgodność z zasadą długotrwałego wpływu przedsięwzięcia na wydajność i odporność gospodarki polskiej |  |  |
| 12. | Wpływ na wskaźniki i cele inwestycji w planie rozwojowym i RRF |  |  |
| 13. | Adekwatność wskaźników własnych przedsięwzięcia |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | **NIE** |
| **Wniosek spełnia kryteria horyzontalne** |  |  |

1. **Ocena szczegółowa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria szczegółowe** | | | |
| **Lp.** | **Kryterium** | **0/1/nie dotyczy** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Uczelnia kształci na kierunku lekarskim oraz lekarsko-dentystycznym |  |  |
| 2. | Minimum 50% studentów uczelni jest kształconych na kierunkach określonych w art. 68 ust 1 pkt 1-8 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce |  |  |
| 3. | Uczelnia jest organem tworzącym dla szpitala klinicznego |  |  |
| 4. | Projekty realizowane w ramach inwestycji D2.1.1 zawarte we wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem są zgodne z inwestycjami zawartymi w Planie rozwojowym uczelni |  |  |
| 5. | Gotowość techniczna Projektów do realizacji |  |  |
| 6. | Uczelnia nie została postawiona w stan likwidacji |  |  |
| 7. | Efektywność kosztowa Projektu (racjonalność i efektywność wydatków Projektu) |  |  |
| 8. | Zgodność Projektów wchodzących w kład przedsięwzięcia z technicznymi kryteriami kwalifikacji określonymi dla działalności 7.1 Budowa nowych budynków lub 7.2 Renowacja istniejących budynków, zawartymi w Zał. I oraz Zał. II do rozporządzenia delegowanego w sprawie taksonomii |  |  |
| 9. | Zgodność Projektów wchodzących w kład przedsięwzięcia z technicznymi kryteriami kwalifikacji określonymi dla działalności 8.1 Przetwarzanie danych; zarządzanie stronami internetowymi (hosting) i podobna działalność, zawartymi w Zał. II do rozporządzenia delegowanego w sprawie taksonomii |  |  |
| 10. | Wnioskodawca przeprowadził ocenę wrażliwości na zmiany klimatu i ryzyka zmiany klimatu prowadzącą do ustalenia, oceny i wdrożenia odpowiednich środków w zakresie adaptacji |  |  |
| 11. | Zgodność Projektu z wymaganiami prawa dotyczącego ochrony środowiska (jeśli dotyczy) |  |  |
| 12. | Okres zagospodarowania dla infrastruktury oraz wyposażenia wytworzonych lub zakupionych w rezultacie realizacji przedsięwzięcia |  |  |
| 13. | Wydatki już poniesione przez Wnioskodawcę i podlegające **refundacji** zostały poniesione ze środków własnych uczelni (kredyt, subwencja, inne środki uczelni). |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** | **NIE** |
| **Wniosek spełnia kryteria szczegółowe** |  |  |

**Decyzja oceniającego:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wniosek oceniony pozytywnie, Przedsięwzięcie spełnia warunki/kryteria |  |
| Wniosek oceniony negatywnie, Przedsięwzięcia nie spełnia warunków/kryteriów |  |
| Wezwanie nr……………. do uzupełnienia/poprawy wniosku |  |

zaznaczyć właściwe

Imię i nazwisko oceniającego:………………………………….....................

Data: zgodnie z podpisem elektronicznym

Podpis: podpisano elektronicznie…………………………….

1. RRF (ang. Recovery and Resilience Facility) – Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększenia Odporności, zatwierdzony rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 z dnia 12 lutego 2021 r. ustanawiającym Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (Dz. Urz. UE L 57 z 18.02.2021, s. 17). [↑](#footnote-ref-1)
2. Wnioskodawca składa w CST2021 dokument potwierdzający umocowanie osoby składającej Wniosek o objęcie przedsięwzięcia wsparciem do reprezentowania Wnioskodawcy. [↑](#footnote-ref-2)