

**Załącznik nr 2**

**Karta oceny formalnej**

**Nr wniosku ……………/2025**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO LIDERA/KI** |  | | | | |
| **TYTUŁ INICJATYWY** |  | | | | |
| **KRYTERIUM** | | **OCENA** | | | **UZASADNIENIE / UWAGI** |
| 1. Wniosek został złożony w terminie, w sposób i według  wzoru podanego w regulaminie | | TAK | NIE | |  |
| 2. Wniosek jest wypełniony kompletnie i czytelnie | | TAK | NIE | |  |
| 3. Planowane działania są spójne z celami statutowymi Fundacji Akcja Menstruacja | | TAK | NIE | |  |
| 4. Planowane działania odbędą się w terminie określonym w regulaminie | | TAK | NIE | |  |
| 5. Inicjatywa ma charakter działań wolontariackich | | TAK | NIE | |  |
| 6. Wniosek został złożony przez grupę co najmniej 2  wolontariuszy | | TAK | NIE | |  |
| 7. Lider/ka jest osobą pełnoletnią | | TAK | NIE | |  |
| 8. Wszyscy członkowie grupy inicjatywnej posiadają  aktywne konto w SOW | | TAK | NIE | |  |
| 9. Minigrant nie stanowi wkładu własnego do innych  projektów i/lub działań | | TAK | NIE | |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY OCENIAJĄCEJ | |  | | | |
| DATA OCENY | |  | | | |
| WYNIK OCENY | | POZYTYWNA | | NEGATYWNA | |

DATA IMIĘ I NAZWISKO OSOBY OCENIAJĄCEJ

…………………………………………. ………………………………………….

