# Formularz zgłaszania uwag do kryteriów wyboru projektów dla naboru planowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

Uwagi należy zgłaszać w terminie **do 18 sierpnia 2025 r.** na adres konsultacjekryteria2021-2027@lubelskie.pl.

**UWAGA**

Uwagi i opinie należy przekazywać na formularzu wypełnionym elektronicznie **w wersji edytowalnej.**

## Działanie 8.1 Aktywizacja społeczna i zawodowa (typy 1, 2 – Kompleksowe programy na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej)

| Lp. | Nazwa podmiotu zgłaszającego (prosimy nie podawać danych osobowych) | Rodzaj kryterium/nr kryterium (Np. Kryteria dostępu/kryterium nr X | Treść uwagi (propozycja zmian) wraz z uzasadnieniem | Stanowisko Instytucji Zarządzającej |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ 1 – realizacja RPZ w obszarze chorób układu nerwowego)

| Lp. | Nazwa podmiotu zgłaszającego (prosimy nie podawać danych osobowych) | Rodzaj kryterium/nr kryterium (Np. Kryteria dostępu/kryterium nr X | Treść uwagi (propozycja zmian) wraz z uzasadnieniem | Stanowisko Instytucji Zarządzającej |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ 1 – realizacja RPZ w obszarze chorób układu nowotworowych – profilaktyka raka płuc)

| Lp. | Nazwa podmiotu zgłaszającego (prosimy nie podawać danych osobowych) | Rodzaj kryterium/nr kryterium (Np. Kryteria dostępu/kryterium nr X | Treść uwagi (propozycja zmian) wraz z uzasadnieniem | Stanowisko Instytucji Zarządzającej |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ 2b – nabór niekonkurencyjny dotyczący przedsięwzięcia priorytetowego ujętego w Kontrakcie Programowym dla Województwa Lubelskiego pn.: Funkcjonowanie i rozwój Regionalnego Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie- II etap.)

| Lp. | Nazwa podmiotu zgłaszającego (prosimy nie podawać danych osobowych) | Rodzaj kryterium/nr kryterium (Np. Kryteria dostępu/kryterium nr X | Treść uwagi (propozycja zmian) wraz z uzasadnieniem | Stanowisko Instytucji Zarządzającej |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Działanie 8.6 Usługi zdrowotne (typ 2c – wdrażanie standardów dostępności w POZ)

| Lp. | Nazwa podmiotu zgłaszającego (prosimy nie podawać danych osobowych) | Rodzaj kryterium/nr kryterium (Np. Kryteria dostępu/kryterium nr X | Treść uwagi (propozycja zmian) wraz z uzasadnieniem | Stanowisko Instytucji Zarządzającej |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## 9.5 Ochrona środowiska pracy (typ 1b - program rehabilitacyjny w zakresie układu krążenia)

| Lp. | Nazwa podmiotu zgłaszającego (prosimy nie podawać danych osobowych) | Rodzaj kryterium/nr kryterium (Np. Kryteria dostępu/kryterium nr X | Treść uwagi (propozycja zmian) wraz z uzasadnieniem | Stanowisko Instytucji Zarządzającej |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |