

**ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU PROMOCJI ZDROWIA I  
PROFILAKTYKI,**

**I. OCENA MERYTORYCZNA PROGRAMU**

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program

.....

2. Dokładny adres jednostki

.....

.....

.....

3. Nazwa programu

.....

.....

.....

4. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za jego realizację

.....

.....

5. Czas realizacji programu

Data rozpoczęcia programu:

.....

Data zakończenia programu:

.....

6. Charakterystyka populacji objętej programem:

.....

.....

.....

.....

7. Liczba osób, które skorzystały z programu

.....

.....

.....

.....

8. Główny cel programu

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

9. Cele szczegółowe programu

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

10. Proszę opisać przebieg realizacji zadań programowych wg ustalonego w programie harmonogramu

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

11. Proszę wymienić realizatorów zadań programowych, podać ich kwalifikacje i zrealizowane przez nich zadania.

Lp.	Imię i nazwisko realizującego zadania	Kwalifikacje zawodowe do realizacji zadania	Wykonane w programie zadania
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....

Wzór tabeli proszę zastosować przy większej niż 1 osoba realizatorach zadania.

12. Wnioski z realizacji programu:

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

## II. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU

1. Proszę podać ogólny koszt programu.....

2. Proszę podać wysokość kwoty otrzymanej z budżetu gminy Stryków.....

.....

3. Wykorzystanie przyznanych środków finansowych

.....

.....

.....

.....

.....

4. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie

.....

.....

.....

.....

4. Kwota nie została wykorzystana z powodu:

.....

.....

.....

.....

---

pieczęć podmiotu realizującego  
program

---

podpis osoby odpowiedzialnej za  
realizację programu