



<i>Laufzeit:</i>
<i>Kooperationspartner und deren Beitrag zum Projekt (falls vorhanden):</i>

Bitte beschreiben Sie kurz und aussagekräftig, inwiefern Ihr Projekt, Ihre Maßnahme bzw. Ihre gesundheitsfördernde Struktur, Ihr Netzwerk nachfolgende Kriterien erfüllt.  
Für Erläuterungen zu den einzelnen Kriterien greifen Sie bitte auf die „*Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*“ (einsehbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/>) zurück.

Bitte verwenden Sie pro Kriterium **maximal 2000 Zeichen**.

<i>Zielgruppe und Partizipation:</i>
<i>Setting-Ansatz:</i>

*Nachhaltigkeit:*

*Evaluation und Qualitätssicherung:*

Ich akzeptiere die Teilnahmebedingungen für den Präventionspreis Mecklenburg-Vorpommern

---

(Ort, Datum, Unterschrift, ggf. Stempel)