Załącznik nr 3

|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do Umowy nr OWES\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ na świadczenie wsparcia w ramach OWES, objętego/nieobjętego\* pomocą publiczną |
| **PLAN DZIAŁANIA - INDYWIDUALNA ŚCIEŻKA WSPARCIA**do projektu *„SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim*\*”współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 |
| AKTUALIZACJA | z dnia ….../….../201\_ r. | NIE DOTYCZY |  |
| **1. DANE OSOBY/PODMIOTU/INSTYTUCJI \*KORZYSTAJĄCEJ Z DORADZTWA I USŁUG** |
| **Podmiot/Instytucja\*** |  |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Tel. kontaktowy** |  |
| **E-mail kontaktowy** |  |
| **Forma prawna** |  |
|
|
| **Wsparcie dla podmiotu/instytucji jest udzielane w ramach pomocy de minimis** | * tak
* nie
 |
| **Wartość pomocy de minimis w EUR** |  |
| **Wartość pomocy de minimis w PLN** |  |
| **Podmiot/Instytucja reprezentowana przez** **(nazwisko i imię zgłaszanych osób)** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **2. PLAN DZIAŁANIA - INDYWIDUALNA ŚCIEŻKA WSPARCIA** |
| **Zakres merytoryczny (opis, rodzaj usługi)** |
| **ANIMACJA** | **Lb godz.** | **Miejsce realizacji/ TERMIN** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| WARTOŚĆ WSPARCIA (PLN) |  |  |  |
| **DORADZTWO PODSTAWOWE/KLUCZOWE/BIZNESOWE** | **Lb godz.** | **Miejsce realizacji/ TERMIN** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| WARTOŚĆ WSPARCIA |  |  |  |
| **DORADZTWO SPECJALISTYCZNE (w tym finansowe)** | **Lb godz.** | **Miejsce realizacji/ TERMIN** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| WARTOŚĆ WSPARCIA |  |  |  |
| **SZKOLENIA (podstawowe/ specjalistyczne/eksperckie/****branżowe)** | **Lb godz.** | **Miejsce realizacji/ TERMIN** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| WARTOŚĆ WSPARCIA |  |  |  |
| **INKUBACJA/USŁUGI (w tym księgowe, prawne,**  | **Lb godz.** | **Miejsce realizacji/ TERMIN** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| WARTOŚĆ WSPARCIA |  |  |  |
| **DODATKOWE WSPARCIE ROZWOJOWE (np.** wdrażanie innowacji, plany rozwojowe, indywidualne szkolenia zawodowe) | **Lb godz.** | **Miejsce realizacji/ TERMIN** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| WARTOŚĆ WSPARCIA |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE WARTOŚĆ PLANOWANEGO WSPARCIA** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………..data i podpis osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji/grupy nieformalnej | …………………………………………………………………..data i podpis osoby odpowiedzialnej za przygotowanie i realizację  |