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  |