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 |