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/szczecińskim*\*”  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 (koordynator/-ka merytoryczny/-a) |