Dane Wykonawcy:

………………………………..

………………………………..

………………………………..

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZADANIA**

Nazwa zamówienia:***Kompleksowa organizacja usługi szkoleniowej dla 6 grup po 12 osób przyszłej kadry mieszkań wspomaganych.***

*Zamówienie realizowane jest z projektu „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś Priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych
w środowisku lokalnym.*

Dysponuję/Dysponujemy lub będę/będziemy dysponować następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie wyższe w zakresie** | **Doświadczenie w zakresie bezpośredniej pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu** **szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi** | **Zakres wykonywanych czynności (funkcja, rola w realizacji zamówienia)** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą****Umowa zlecenie/o pracę/osobiste świadczenie** |
|  |  |  |  | ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń: …………………………………(wymienić nazwy, daty, odbiorcy) |  |  |
|  |  |  |  | ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń: …………………………………(wymienić nazwy, daty, odbiorcy) |  |  |
|  |  |  |  | ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń: …………………………………(wymienić nazwy, daty, odbiorcy) |  |  |
|  |  |  |  | ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń: …………………………………(wymienić nazwy, daty, odbiorcy) |  |  |
|  |  |  |  | ilość przeprowadzonych szkoleń z zakresu pracy z osobami dotkniętymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi i z osobami starszymi przez tą osobę wynosi: …………… szkoleń: …………………………………(wymienić nazwy, daty, odbiorcy) |  |  |

**Uwaga: w przypadku korzystania z potencjału osobowego podmiotu trzeciego należy dołączyć** **pisemne zobowiązanie tego podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.
W przypadku prowadzenia przez te osoby samodzielnej działalności należy do oferty dołączyć pisemne zobowiązanie tych osób do podjęcia się pełnienia określonej funkcji w okresie wykonywania przedmiotu niniejszego zamówienia.**

…………….……., dnia ………….……. r.

….………………………………………

(podpis osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy)

***Informacja dla wykonawcy:***

*Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowodem).***