Załącznik nr 2

**Wykaz osób**

które będą realizowały przedmiot zamówienia – świadczenie usług opiekuńczych /świadczeniespecjalistycznych usług opiekuńczych,
w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi\*

**Nazwa Wykonawcy …………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje do wykonywania usług opiekuńczych/ specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym dla osóbz zaburzeniami psychicznymi\* - zgodnie z ogłoszeniem | Wykształcenie – zgodnie z ogłoszeniem (nazwa ukończonej szkoły, kierunek),  | Doświadczenie - staż pracy – zgodnie z ogłoszeniem | Przeszkolenie i doświadczenie – nazwa i zakres szkolenia - zgodnie z ogłoszeniem | Zakres wykonywanych czynności |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ...............................................................

 (data i podpis Wykonawcy)

**Uwagi:**

Wykonawca spełni warunek udziału w postępowaniu, jeżeli wykaże, że dysponuje następującym personelem:

**1.** w przypadku usług opiekuńczych

* Część I - **1** osoba z przeszkoleniem w zakresie usług opiekuńczych;

**2**. w przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

- osobami posiadającymi kwalifikacje do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi, określone w rozporządzeniu
 Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych - w liczbie nie mniejszej niż:

* Część II - co najmniej **1** osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu pedagoga, **2** osoby z kwalifikacjami oligofrenopedagoga, **2** specjalistów do pracy
z dziećmi/osobami autystycznymi, **1** logopedę oraz fakultatywnie, **1** psychologa i **1** osobę z uprawnieniami **t**erapeuty behawioralnego.
* Część III **-** co najmniej **1** osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

\* niepotrzebne skreślić