Załącznik nr 6a do SWZ

DZP.26.23.2024

**WYKAZ OSÓB**

(składany na wezwanie Zamawiającego przez Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona)

na potrzeby postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji na świadczenie kompleksowej usługi szkoleniowej pn: **„Praca z osobami uwikłanymi w przemoc domową”**

Działając w imieniu i na rzecz:

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

(*nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie* *zamówienia)*

Oświadczam, iż osoba/osoby skierowane do realizacji zamówienia z **zakresu bloków tematycznych I-II** (wymienionymi w rozdziale IV pkt 1 SWZ oraz Załączniku nr 1 do SWZ – Opis przedmiotu zamówienia) spełnia/spełniają warunki udziału w postepowaniu w zakresie przedstawionym poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trener (*imię i nazwisko)*: .................................................... | | |
| **Warunki udziału w postępowaniu** | **Dokładny opis wykształcenia, kwalifikacji i doświadczenia trenera** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą\*** (zaznaczyć właściwe): |
| a)wykształcenie wyższena jednym z kierunków: prawo, pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo – wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie  **lub**  b) w przypadku ukończenia studiów wyższych na innych kierunkach niż tych, wymienionych w lit a) powyżej, dopuszczalne są kwalifikacje uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, organizacji pomocy społecznej (w przypadku studiów podyplomowych z organizacji pomocy społecznej równorzędnie traktowane jest ukończenie szkolenia z zakresu specjalizacji z organizacji pomocy społecznej), pedagogiki, pedagogiki opiekuńczo – wychowawczej, pedagogiki specjalnej lub resocjalizacji | a) Należy podać:  - ukończony kierunek studiów wyższych:  .………………………..............................……...........  nazwa uczelni: .........................................................  nr dyplomu ............................................................  **lub**  b) Należy podać:  - ukończony kierunek studiów wyższych:  .……………………….............…...........................…  nazwa uczelni: .........................................................  nr dyplomu .............................................................    oraz  - ukończone studia podyplomowe:  ................................................................................  nazwa uczelni: ........................................................  nr dyplomu ............................................................. | - dysponowanie bezpośrednie,  - dysponowanie pośrednie |
| c) ukończone specjalistyczne szkolenia w wymiarze nie mniejszym niż 200 godzin dydaktycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, w tym jedno co najmniej  50 godzinne przygotowujące do pracy z osobami doznającymi przemocy domowej i osobami stosującymi przemoc domową  **lub**  co najmniej 5-letnie doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej | c) należy podać: *-*  ukończone specjalistyczne szkolenia w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej:  liczba ………..……godz. dydaktycznych,  w tym przynajmniej jedno szkolenie  przygotowujące do pracy z osobami doznającymi przemocy domowej i osobami stosującymi przemoc domową: liczba ..................... godz. dydaktycznych  - nazwa podmiotu/-ów wydającego/-ych zaświadczenie/-a o ukończeniu szkolenia: .....................................................    **lub**  należy podać\*\*:  - datę rozpoczęcia i zakończenia pracy:  od…..........................……do………....................……  *(dzień – miesiąc – rok)*  - rodzaj wykonywanych zadań:  ………........................…...............……………….......  - nazwę Zleceniodawcy/Pracodawcy:  …………………………................................………..  itd. ………………………................................………  \*\*Uwaga: W przypadku braku ciągłości wykonywanej usługi, suma okresów realizacji usług powinna potwierdzać okres wymagany w Rozdziale VIII, pkt 1 ppkt 1.4 lit a) SWZ tj. co najmniej 5 lat. |

Wykonawca wyraża zgodę na zwrócenie się przez Zamawiającego do wyżej wykazanych podmiotów w celu sprawdzenia prawdziwości złożonych oświadczeń.

**UWAGA:** **W przypadku skierowania do realizacji zamówienia więcej niż jednego trenera tabelę należy powielić i wypełnić osobno dla każdej skierowanej osoby**.

\*Podstawa dysponowania osobami:

- dysponowanie bezpośrednie: w przypadku, gdy wskazana osoba jest wykonawcą lub jest związana z wykonawcą stosunkiem prawnym,

- dysponowanie pośrednie: w przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniona przez inny podmiot.

NINIEJSZY PLIK PODPISUJE WYKONAWCA/WYKONAWCY

KWALIFIKOWALNYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,

PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM