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

*(nazwa Wykonawcy)*

**Wykaz usług odpowiadających opisowi punkt V.3.3.a SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi[[1]](#footnote-1) | Data wykonania (od do) | Odbiorca  | Wykonawca |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Wykaz usług odpowiadających opisowi punktu V.3.3.b SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis usługi[[2]](#footnote-2) | Data wykonania (od do) | Odbiorca  | Wykonawca |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Do wykazów załączam dowody potwierdzające należyte wykonanie usług

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

 *(podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wykonawcy)*

1. uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, w tym osób z niepełnosprawnościami oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) ocenę potrzeb w zakresie kompetencji zawodowych,
(2) szkolenia zawodowe, (3) indywidualne lub grupowe poradnictwo zawodowe;. [↑](#footnote-ref-1)
2. uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) analizę stanu zdrowia psychicznego, (2) przygotowanie programu interwencji, (3) prowadzenie działań wsparcia psychologicznego. [↑](#footnote-ref-2)