**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Składany na wezwanie Zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA** |

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn:

**USŁUGA PRZEPROWADZENIA KURSU ZAAWANSOWANEGO ODA**

znak sprawy: DZP.371.48.2023,

oświadczamy, że wskazane osoby skierowane do realizacji zamówienia publicznegoposiadają kwalifikacje określone w punkcie 1.4) Rozdział XIV SWZ, niezbędne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia,   
w tym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanym trenerem** |
|  |  |
| **Rodzaj wykształcenia wyższego medyczne lekarskie i/lub psychologiczne (mgr psychologii)** | Rok ukończenia studiów ……….  Uzyskany tytuł: ………………. |
| **Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej** | Rok uzyskania specjalizacji …….………….  Specjalizacja w zakresie: ……………………… |
| **Posiada doświadczenie (rozumiane jako praca  w placówkach medycznych) w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej nie krótsze niż 4 lata (praca na stanowisku lekarza lub psychologa klinicznego)** **obejmujące pracę terapeutyczną w podejściu Otwartego dialogu z rodzinami** | Miejsce zatrudnienia ………………………………..  Okres zatrudnienia………………………………  Stanowisko pracy ………………………………  Miejsce zatrudnienia………………………………..  Okres zatrudnienia………………………………  Stanowisko pracy ……………………………… |
| **Prowadził(a) co najmniej 2 kursy Otwartego Dialogu (co najmniej 80 godzin każdy kurs, w tym co najmniej 1 kurs zaawansowany).** | **Tytuł kursu nr 1** ………………………………………………………………………..  Liczba godzin kursu: ………………………………………………………………………..  Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele kursu) : ………………………………………………………………………..  Nazwa podmiotu dla którego realizowano kurs: ……………………………………………………………  **Tytuł kursu nr 2** ………………………………………………………………………..  Liczba godzin kursu: ………………………………………………………………………..  Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele kursu): ………………………………………………………………………..  Nazwa podmiotu dla którego realizowano kurs: …………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanym co-trenerem** |
|  |  |
| **Rodzaj wykształcenia wyższego medyczne lekarskie i/lub psychologiczne (mgr psychologii):** | Rok ukończenia studiów ……….  Uzyskany tytuł: ………………. |
| **Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej** | Rok uzyskania specjalizacji …….………….  Specjalizacja w zakresie: ……………………… |
| **Posiada doświadczenie (rozumiane jako praca  w placówkach medycznych) w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej nie krótsze niż 4 lata (praca na stanowisku lekarza lub psychologa klinicznego) obejmujące pracę terapeutyczną w podejściu Otwartego dialogu z rodzinami** | Miejsce pracy………………………………..  Okres zatrudnienia………………………………  Stanowisko pracy ………………………………  Miejsce pracy………………………………..  Okres zatrudnienia………………………………  Stanowisko pracy ………………………………  … |
| **Współprowadził(a)/Prowadził(a)co najmniej 2 kursy dotyczący/ce metody pracy Otwartego Dialogu (co najmniej 80 godzin każdy kurs).** | **Tytuł kursu nr 1** ………………………………………………………………………..  Okres realizowanego kursu: ………………………………………………………………………..  Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele kursu): ………………………………………………………………………..  Nazwa podmiotu dla którego zrealizowano kurs: …………………………………………………  **Tytuł kursu nr 2** ………………………………………………………………………..  Okres realizowanego kursu: ………………………………………………………………………..  Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele kursu) : …………………………………………………………………..  Nazwa podmiotu dla którego zrealizowano kurs: ………………………………………………… |
| **Posiada ukończony kurs Otwartego Dialogu (co najmniej 80 godzin).** | Data ukończenia kursu: …….  Organizator kursu: …………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanym tłumaczem** |
|  |  |
| **Posiada ukończone studia na kierunku filologia angielska lub lingwistyka stosowana z językiem wiodącym angielskim i/lub studia w kraju anglojęzycznym na kierunkach filologicznych lub psychologicznych** | Rok ukończenia studiów ……….  Uzyskany tytuł: ………………. |
| **Posiada nie krótsze niż 3 lata doświadczenie zawodowe w dziedzinie tłumaczenia ustnego (konsekutywnego) z języka angielskiego na język polski i/lub z języka polskiego na język angielski w dziedzinie psychologii i/lub psychiatrii i/lub psychoterapii** | Miejsce ………………………………..  Okres zatrudnienia………………………………  Stanowisko pracy ………………………………  Miejsce ………………………………..  Okres zatrudnienia………………………………  Stanowisko pracy ………………………………  … |
| **Posiada doświadczenie w tłumaczeniu konsekutywnym ustnym z języka polskiego na język angielski i/lub z języka angielskiego na język polski, tj. zrealizował co najmniej 2 usługi odpowiadające przedmiotowi zamówienia** | **Tytuł usługi nr 1** ………………………………………………………………………..  Okres realizowanego kursu: ………………………………………………………………………..  Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny): ……………………………………………………..  Nazwa podmiotu w której projekt zrealizowano: ……………………………………………………………  **Tytuł usługi nr 2** ………………………………………………………………………..  Okres realizowanego kursu: ………………………………………………………………………..  Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny) : ………………………………………………………  Nazwa podmiotu w której projekt zrealizowano: …………………………………………………………… |