## Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-43/2023 TP/U/S Załącznik nr 5 do SWZ

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

nazwa i adres wykonawcy

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

***Szkolenie z zakresu zarządzania i organizacji usług społecznych – minimum 1 trener*** *(wypełnić dla każdego trenera oddzielnie)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko trenera** | **Wykształcenie :** | **Doświadczenie:** | **Podstawa dysponowania osobami[[1]](#footnote-1)** |
| ……………………………………………… | tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, organizacja i zarządzanie lub zarządzanie[[2]](#footnote-2) | udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej **150 godzin** zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie zarządzania i realizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych[[3]](#footnote-3)  **albo**   udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym w podmiotach wykonujących te usługi[[4]](#footnote-4) |  |

1. Zasób wykonawcy /zasób innego podmiotu [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy załączyć dowody potwierdzające posiadane wykształcenie (skan dyplomu) [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy załączyć dowody potwierdzające przeprowadzenie spełnienie warunku (protokół zdawczo-odbiorczy, referencje, list polecający itp.) [↑](#footnote-ref-3)
4. jw [↑](#footnote-ref-4)