PS.261.2.2023.E.K-D
 Załącznik nr 4

 do Zapytania ofertowego

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

 Oznaczenie Wykonawcy

**DOŚWIADCZENIE TRENERA**

Powyżej 300 godzin dydaktycznych szkoleń z powyższej tematyki, w okresie ostatnich 3 lat, będącego przedmiotem zamówienia wykazanych jako potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu.

Oświadczam, że do realizacji niniejszego postępowania pn**.** **usługa przeprowadzenia szkolenia pn. „Sposoby radzenia sobie
z negatywnymi skutkami długoterminowej pracy w obszarze pomocy społecznej”** w związku z realizacją zadnia Samorządu Województwa w zakresie szkolenia zawodowego kadr pomocy społecznej :

dysponuję osobą, spełniającą warunki udziału w Zapytaniu ofertowym, która dodatkowo posiada doświadczenie trenerskie
w przeprowadzeniu godzin dydaktycznych (1 godz. dyd. = 45 min) szkoleń z powyższej tematyki w okresie ostatnich 3 lat.

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko trenera** | **……………………………………………………………….** |
| **Tematyka szkolenia**  | **Okres wykonywania usług (data rozpoczęcia i zakończenia** **DD-MM-RRRR)** | **Podmiot, na rzecz którego szkolenie było prowadzone****(nazwa, adres, numer telefonu)** | **Liczba godz. dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uwaga!** **W w/w kryterium nie należy umieszczać 300 godzin dydaktycznych szkoleń z powyższej tematyki, w okresie ostatnich 3 lat, wykazanych jako potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu.**

 ………………………………… ………………………………………………………

 Data i miejscowość (*podpis osoby/osób uprawnionych
 do występowania w imieniu Wykonawcy)*