DZP.26.23.2024

Załącznik nr 6b do SWZ

**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 bloku tematycznego III** (wymienionego w Rozdziale IV pkt 1 SWZ oraz Załączniku nr 1 do SWZ – Opis przedmiotu zamówienia) 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): |
| d) wykształcenie wyższe prawnicze    **oraz**  co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej w zakresie udzielania pomocy prawnej  lub  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,  oraz  uzupełnione specjalistycznym szkoleniem  w zakresie stosowania prawa w obszarze przeciwdziałaniu przemocy domowej w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin | d) należy podać:  - ukończony kierunek studiów wyższych:  .………………………..............................……...........  nazwa uczelni: .........................................................  nr dyplomu ............................................................  **oraz**  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 b) SWZ tj. co najmniej 2 lata.  lub  należy podać:  - ukończony kierunek studiów wyższych:  .………………………..............................……...........  nazwa uczelni: .........................................................  nr dyplomu ............................................................  oraz  należy podać: *-* liczbę ukończonych godzin szkolenia specjalistycznego w zakresie stosowania prawa w obszarze przeciwdziałaniu przemocy domowej:  ………..……godz.,  - nazwa podmiotu/-ów wydającego/-ych zaświadczenie/-a o ukończeniu szkolenia: ..................................................... | - dysponowanie bezpośrednie,  - dysponowanie pośrednie |

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