**ROPS.VIII.2205.17.2022**

**Załącznik 2**

**Doświadczenie osoby/osób realizujących usługę** (należy wypełnić osobno dla każdego superwizora, w przypadku więcej niż 2 superwizorów należy dodać kolejne tabele). W przypadku braku doświadczenia Wykonawca załącza skan załącznika nr 2 z adnotacją **„Brak doświadczenia”** podpisanego przez osobę/osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy.

**Superwizor 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane od 1 stycznia 2020 roku superwizje dla pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej i/lub CUS.** | | |
| **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Superwizor 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane od 1 stycznia 2020 roku superwizje dla pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej i/lub CUS.** | | |
| **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\* - należy wskazać wypracowaną liczbę godzin dydaktycznych ponad minimum określone jako warunek uczestnictwa w postępowaniu, tj. powyżej liczby godzin wykazanej w tabeli w załączniku nr 1 pkt 2.**

………………………………………….… …………………………………………………………………….

Miejsce i data Czytelny podpis lub podpis i pieczęć

osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy