**ROPSIII.5.1.5.2024**

**Załącznik nr 8 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI**

**ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO pn:**

**Świadczenie usług psychoterapii w ramach terapii rodziny w podziale na części**

**Dane Wykonawcy:**

……………………….

Adres: …………………………………………………………

REGON: …………………………… NIP: ………………………………

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na:

**Świadczenie usług psychoterapii w ramach terapii rodziny w podziale na części**

**kierujemy do realizacji ww. zamówienia publicznego w części ……………………** ( wskazać numer części, której wykaz dotyczy ) **następujące osoby:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | | | | |
|  | | | | |
| **Wykształcenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia wraz z wykazem potwierdzającym, iż osoba ta**  posiada wykształcenie wyższe psychologiczne lub pedagogiczne, oraz posiada ukończony co najmniej 2 rok min. 4 letniej szkoły lub kursu psychoterapii o łącznym wymiarze min. 1200 h lub równoważnie ukończenie rocznego podstawowego kursu psychoterapii w wymiarze 140 h przy jednoczesnym wymogu statusu osoby odbywającej szkolenie w ramach kursu zaawansowanego (zarówno kurs podstawowy jak i zaawansowany dotyczy wyłącznie szkoleń organizowanych przez Wielkopolskie Towarzystwo Terapii Systemowej lub innych równoważnych kursów)  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego) (1) | | | | |
| 1. Wykształcenie psychologiczne/pedagogiczne\* 2. Posiada ukończony …………………………………………………………………………   \*niewłaściwe skreślić | | | | |
| **Doświadczenie osoby skierowanej do realizacji przedmiotu zamówienia wraz z podaniem liczby miesięcy**  (Zamawiający wymaga: co najmniej 12 - miesięcy doświadczenia w zakresie prowadzenia psychoterapii indywidualnej i/lub psychoterapii rodziny) | | | | |
| L.p. | Miejsce realizacji usługi | Data realizacji ( od – do ) | Ilość miesięcy doświadczenia | Podmiot zlecający realizację usługi (nazwa. adres, telefon, e-mail) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Wykonawca jest zobowiązany do przedłożenia dokumentów (dyplomów, zaświadczeń lub innych równoważnych dokumentów) potwierdzających spełnienie warunku, o którym mowa w Rozdziale VII ust. 1 pkt. 4) lit. a) pkt. 1) i 2 ) odpowiednio dla każdej z części .

**Oświadczam, że:**

1. zgłoszona osoba nie jest i nie była pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest w stosunku do niej zawieszona ani ograniczona:

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

2) zgłoszona osoba posiada polisę OC, ważną do dnia zakończenia świadczenia usługi w ramach projektu na kwotę co najmniej 100.000,00 zł ,

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

3) zgłoszona osoba nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

4) nie figuruje w rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym,

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

**( wypełnić, jeśli dotyczy ):**

**Oświadczam,** że w okresie ostatnich 20 lat osoba skierowana przeze mnie do realizacji niniejszego zamówienia w funkcji **psychoterapeuty**, **nie zamieszkiwała/zamieszkiwała**\* w następujących państwach, innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1 ………………………………………………….

**\*niewłaściwe skreślić**

Przedkładam informację z rejestrów karnych tych państw, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi / informację z rejestrów karnych

lub:

**Oświadczam,** że w państwie ………………………………………… nie jest prowadzony rejestr karny / nie wydaje się informacji z rejestru karnego.

**Oświadczam,** że skierowana przeze mnie do realizacji niniejszego zamówienia w funkcji **psychoterapeuty osoba była** prawomocnie skazany/-a w państwie …………………………………… za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/-am się takich czynów zabronionych, oraz że nie nałożono na mnie obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy, stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy.**

**\***Wykaz osób – zał. nr 8 do SWZ musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.