ROPS.X.2205/30/2020 Załącznik nr 2

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Oświadczenie osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia na rzecz Zamawiającego** | |

**1. PSYCHOLOG**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **psychologicznym**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu szkoleń** dla przyszłych specjalistów   
w kierunku diagnozy FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **certyfikat** potwierdzający status **specjalisty w zakresie diagnostyki występowania FAS, potwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.**

4. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami

i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FAS w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia\*** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FAS**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**2. PEDAGOG**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **pedagogika**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu szkoleń** dla przyszłych specjalistów   
w kierunku diagnozy FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **certyfikat** potwierdzający status **specjalisty w zakresie diagnostyki występowania FAS, potwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.**

4. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FAS w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FAS**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**3. FIZJOTERAPEUTA/REHABILITANT**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **rehabilitacja/fizjoterapia**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu szkoleń** dla przyszłych specjalistów   
w kierunku diagnozy FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **certyfikat** potwierdzający status **specjalisty w zakresie diagnostyki występowania FAS, potwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.**

4. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FAS w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FAS**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**4. LEKARZ NEUROLOG/NEUROPSYCHOLOG**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **……………………………**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu szkoleń** dla przyszłych specjalistów   
w kierunku diagnozy FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **certyfikat** potwierdzający status **specjalisty w zakresie diagnostyki występowania FAS, potwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.**

4. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FAS w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FAS**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**5. LEKARZ PSYCHIATRA**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **……………………………**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu szkoleń** dla przyszłych specjalistów   
w kierunku diagnozy FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **certyfikat** potwierdzający status **specjalisty w zakresie diagnostyki występowania FAS, potwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.**

4. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FAS w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FAS**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia

**5. LOGOPEDA**

Imię i nazwisko: ….………………………………………………………………

1. **Oświadczam**, iż posiadam (**wypełnić odpowiednio w zależności od uzyskanego wykształcenia):**

a) ukończone **studia wyższe** na kierunku **……………………………**.

Nazwa oraz adres uczelni/placówki edukacyjnej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

lub

b) **wykształcenie** uzyskane za granicą uznane za **równorzędne** w RP:

na kierunku: ………………………………………………………………………..………………………………….………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(należy podać kierunek oraz nazwę i adres uczelni/placówki edukacyjnej oraz dołączyć ksero dokumentu potwierdzającego uzyskane wykształcenie)

2. **Oświadczam**, iż posiadam **doświadczenie w prowadzeniu szkoleń** dla przyszłych specjalistów   
w kierunku diagnozy FAS/FASD w wymiarze lat: …………………………… (*wymagane min. 2-letnie doświadczenie*)

3. **Oświadczam**, iż posiadam **certyfikat** potwierdzający status **specjalisty w zakresie diagnostyki występowania FAS, potwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia.**

4. **Oświadczam,** iżposiadam **doświadczenie zawodowe** w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i dziećmi niepełnosprawnymi, w tym z dziećmi z FAS w wymiarze lat: ……………………………………………………… (*wymagane 2-letnie doświadczenie*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz zdobytego doświadczenia** | | | |
| **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(podać datę od – do dzień, miesiąc, rok)** | **Nazwa oraz adres miejsca zatrudnienia** | **Praca z dziećmi\*: - ze specjalnymi potrzebami - z niepełnosprawnościami - dziećmi z FAS**  **\*wpisać odpowiednio** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

**\*Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzania w toku oceny ofert wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę dokumentów, wykazów, danych i informacji.**

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

Miejscowość, data podpis osoby wskazanej do   
 realizacji zamówienia