Załącznik nr 5 do SWZ

MCPS.ZP/KBCH/351-36/2024 PN/U/S

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób – należy wypełnić dla każdego trenera/osoby**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera/osoby |  |
| Wykształcenie wyższe z zakresu nauk społecznych, tj.: socjologia, psychologia, pedagogika, prawo, praca socjalna lub pokrewne; | TAK\*/NIE\*  Należy wskazać wykształcenie trenera/osoby |
| Minimum 2-letnie nieprzerwane doświadczenie zawodowe w realizacji szkoleń dla osób dorosłych, w tym pracowników instytucjonalnych, poparte wykonywaniem pracy na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej; | TAK\*/NIE\*  Należy podać w jakim okresie, nazwę instytucji oraz formę zatrudnienia: |
| Doświadczenie co najmniej 250 godzin zegarowych w prowadzeniu usług szkoleniowych/doradczych/eksperckich/konsultacyjnych z zakresu usług społecznych (w rozumieniu ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych), których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/lub jednostki samorządu terytorialnego i/lub jednostki ochrony zdrowia zrealizowanych w okresie ostatnich 5 lat przed terminem składania oferty. | TAK\*/NIE\*  Należy wskazać podmioty, na rzecz których trener/osoba świadczyła pracę w formie szkoleń w określonym czasie oraz wykazem szkoleń z zakresu usług społecznych na rzecz instytucji pomocy i integracji społecznej oraz/lub jednostek samorządu terytorialnego i/lub jednostek ochrony zdrowia wraz z liczbą godzin oraz terminem realizacji. |
|  | Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**(miejscowość, data)**

1. Forma zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)