PS.26.2.2024

Załącznik nr 6b do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

na potrzeby postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn: **„Współpraca interdyscyplinarna na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej” – usługa szkoleniowa w formie zdalnej**

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 tematycznego bloku VII** (wymienionym 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 1 *(imię i nazwisko):* ..................................... | | |
| **Warunki udziału w postępowaniu** | **Dokładny opis wykształcenia, kwalifikacji i doświadczenia trenera** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| 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 nic 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, punkt 1 ppkt 1.4 lit d) SWZ.  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: ..................................................... | Podstawa dysponowania osobą:\*\*  - umowa o pracę,  - umowa zlecenie,  - umowa o dzieło,  - właściciel (osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą),  - osobiście (osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej)  - inne (podać jakie):  ………………… |

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.**

NINIEJSZY PLIK PODPISUJE WYKONAWCA/WYKONAWCY

KWALIFIKOWALNYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,

PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM