Oświadczenie składane na wezwanie Zamawiającego

nr sprawy: OPS.DO.271.1.2023

Załącznik nr 5 do SWZ

# **WYKAZ OSÓB**

## **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

dysponuję (dysponujemy) następującymi osobami:

| **Numer zadania** | **Funkcja** | **Imię i nazwisko osoby** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Staż pracy w jednostkach wymienionych w §3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U.2005.189.1598)** Wyrażony w miesiącach | **Podstawa dysponowania** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Logopeda | Wpisz imię i nazwisko osoby | Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu logopedy? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE | Wpisz staż pracy w miesiącach | Jaka jest podstawa dysponowania osobą? (zaznacz właściwe)  Własna  Podmiot trzeci |
| 2. | Terapeuta integracji sensorycznej | Wpisz imię i nazwisko osoby | Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu terapeuty integracji sensorycznej? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE | Wpisz staż pracy w miesiącach | Jaka jest podstawa dysponowania osobą? (zaznacz właściwe)  Własna  Podmiot trzeci |
| 3. | Fizjoterapeuta | Wpisz imię i nazwisko osoby | Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii cranio – sacralną? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii GDS (metodą łańcuchów mięśniowych i stawowych)?  (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii metodą Vojty? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii metodą Bobath? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE | Wpisz staż pracy w miesiącach | Jaka jest podstawa dysponowania osobą? (zaznacz właściwe)  Własna  Podmiot trzeci |
| 4. | Pedagog specjalny | Wpisz imię i nazwisko osoby | Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu pedagoga specjalnego? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii bilateralnej? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii poznawczo-behawioralnej? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE | Wpisz staż pracy w miesiącach | Jaka jest podstawa dysponowania osobą? (zaznacz właściwe)  Własna  Podmiot trzeci |
| 5. | Psycholog | Wpisz imię i nazwisko osoby | Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu psychologa? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE | Wpisz staż pracy w miesiącach | Jaka jest podstawa dysponowania osobą? (zaznacz właściwe)  Własna  Podmiot trzeci |
| 6. | Neurologopeda | Wpisz imię i nazwisko osoby | Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu neurologopedy? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania elektrostymulacji z komunikacją AAC? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania elektrostymulacji? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii „Cyber oko”? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE  Czy wskazana osoba posiada kwalifikacje do wykonywania terapii metodą wsparcia edukacyjno-terapeutycznego? (zaznacz właściwe)  TAK  NIE | Wpisz staż pracy w miesiącach | Jaka jest podstawa dysponowania osobą? (zaznacz właściwe)  Własna  Podmiot trzeci |

Uwaga!

1. Wykonawca wypełnia powyższy załącznik tylko w zakresie zadania, na które złożył ofertę.
2. Po wypełnieniu formularza zaleca się przekonwertowanie pliku do formatu .pdf.
3. Plik należy podpisać elektronicznie za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego, zaufanego lub podpisu osobistego (poprzez e-dowód).