**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**..............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla każdego ze specjalistów realizujących Zadanie nr 1 - Usługa konsultacji indywidualnej – psychiatrycznej w gm. Wiązowna)**

**Część 1 - lekarz psychiatra dziecięcy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych  | TAK\*/NIE\* |
| posiada minimum roczne udokumentowane doświadczenie zawodowe w praktyce psychiatry dziecięcego | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą\* |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**Część 2 - lekarz psychiatra**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych  | TAK\*/NIE\* |
| posiada minimum dwuletnie udokumentowane doświadczenie zawodowe w zawodzie lekarza psychiatry | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą\* |  |

\* niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla specjalisty realizującego Zadanie nr 2 - Wsparcie psychologiczne
w gm. Nur i gm. Wiązowna)**

**Część 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe magisterskie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych  | TAK\*/NIE\* |
| posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy psychologa realizującego psychologiczne wsparcie indywidualne dla dorosłych | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum roczne doświadczenie w pracy z rodzinami z uzależnieniem | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą\* |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**Część 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe magisterskie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych  | TAK\*/NIE\* |
| posiada minimum 2 letnie udokumentowanie doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku psychologa | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą\* |  |

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania**

 **Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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.

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla każdego z trenerów realizujących Zadanie nr 3 - Zapewnienie wsparcia logopedycznego dla dziecka, gm. Stoczek)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;  | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum dwa lata doświadczenia w pracy logopedycznej z dziećmi | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla każdego ze specjalistów realizujących Zadanie nr 4 - Warsztat umiejętności opiekuńczo-wychowawczych dla rodziców, gm. Wiązowna)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku psychologia | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum dwuletnie udokumentowane doświadczenie zawodowe w prowadzeniu warsztatów opiekuńczo-wychowawczych | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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.

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla każdego ze specjalistów realizujących Zadanie nr 5 - Trening zastępowania agresji, gm. Wiązowna)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026), | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum dwuletnie udokumentowane doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku psychologa | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych | TAK\*/NIE\* |
| Przeprowadził minimum dwa warsztaty z zakresu treningu zastępowania agresji | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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.

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla każdego ze specjalistów realizujących Zadanie nr 6 - Warsztaty wspierające rozwój społeczno-emocjonalny dziecka, gm. Wiązowna)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada dyplom ukończenia studiów magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026) | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum dwuletnie udokumentowane doświadczenie zawodowe w pracy na stanowisku psychologa w zakresie pracy z dziećmi w wieku szkolonym | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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.

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla każdego ze specjalistów realizujących Zadanie nr 7 - Zapewnienie wsparcia w formie zajęć z integracji sensorycznej, gm. Liw)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Ukończony kurs SI co najmniej drugiego stopnia | TAK\*/NIE\* |
| ukończone studia podyplomowe na kierunku: integracja sensoryczna, potwierdzone wydaniem uprawnień do diagnozowania i prowadzenia terapii integracji sensorycznej, | TAK\*/NIE\* |
| Posiada dwa lata doświadczenia w pracy z dziećmi jako specjalista z zakresu integracji sensorycznej | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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.

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla specjalisty realizującego Zadanie nr 8 - Terapia indywidualna
w gm. Radzanów)**

**Część 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | TAK\*/NIE\* |
| Specjalista posiada minimum 3 letni udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi. | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

**Część 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada wykształcenie wyższe zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | TAK\*/NIE\* |
| Specjalista posiada minimum 3 letni udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi. | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

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.

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-3/2021 Załącznik nr 6**

**.............................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

**(wzór dla specjalisty realizującego Zadanie nr 9 - Zapewnienie wsparcia terapeutycznego i psychologicznego w gm. Małkinia Górna)**

**Część 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026), pełną zdolność do czynności prawnych, | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z dzieckiem i rodziną. | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**Część 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026), | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z dzieckiem i rodziną. | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**Część 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026), | TAK\*/NIE\* |
| Posiada minimum roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z młodzieżą w zakresie rozwiązywania problemów. | TAK\*/NIE\* |
| Posiada pełną zdolność do czynności prawnych | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |

**Część 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Posiada minimum jedną osobą posiadającą co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia usług opieki nad dziećmi. | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą |  |