**Zał. nr 9 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Województwo Lubuskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej**

 **w Zielonej Górze**

**Al. Niepodległości 36**

**65-042 Zielona Góra**

**Wykonawca:**

…………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**w postępowaniu o zamówienie publiczne nr ROPS.VI.48.1.3.2024**

**pn.**

***pn.* Jedno trzydniowe obowiązkowe szkolenie online dla członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup diagnostyczno-pomocowych, organizowane zgodnie z art. 9a ust. 5a ustawy z 29 lipca 2005 r o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 424)**

Składając ofertę, w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oświadczamy, że do realizacji niniejszego zamówienia dysponuję co najmniej jedną osobą, która zostanie skierowana do realizacji zamówienia w charakterze trenera.\*

|  |
| --- |
| **Oświadczam/-my, że osobą skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia będzie Pani/Pan:** |
| **Blok edukacyjny:** |
| **Imię i nazwisko osoby/osób skierowanej/skierowanych do realizacji zamówienia w charakterze trenera**:1 ……………………………………………………..**ww. osoba posiada** ukończone studia wyższe na jednym z kierunków: 1. prawo, pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo – wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie;

**LUB**1. w przypadku ukończenia studiów wyższych na innych kierunkach niż tych, wymienionych w pkt. ,,a)” powyżej, dopuszczalne są kwalifikacje uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, organizacji pomocy społecznej, pedagogiki, pedagogiki opiekuńczo – wychowawczej, pedagogiki specjalnej lub resocjalizacji;

(podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego):1………………………………………………………………………………………. |
| Osoba do realizacji zamówienia w charakterze trenera posiada:* + - 1. ukończone specjalistyczne szkolenia w wymiarze **nie mniejszym niż** **200 godzin dydaktycznych** w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej, w tym jedno **co najmniej 50-godzinne** przygotowujące do pracy z osobami doznającymi przemocy domowej i osobami stosującymi przemoc domową;

**LUB*** + - 1. **lub co najmniej 5-letnie doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej;**

( wskazać nazwę szkolenia, przedmiot, podmiot, na rzecz którego szkolenie prowadzono, ilość godzin szkolenia ): |
| **Podmiot, na rzecz którego było prowadzone szkolenie** | **Nazwa szkolenia/tematyka** | **Okres (od – do )**  | **Ilość godzin każdego szkolenia ( do punktu a) lub lat doświadczenia ( do punktu b)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Blok prawny:** |
| **Imię i nazwisko trenera**:1.……………………………………….**a) ww. osoba posiada** ukończone studia wyższe prawnicze, oraz co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej w zakresie udzielania pomocy prawnej:**[ …..] TAK [ …..] NIE** **LUB**1. ww. osoba posiada wykształcenie określone w Rozdziale V ust. 1 pkt 4) ppkt. 2, 1) lit a) i b) SWZ (pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo – wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie) , uzupełnione specjalistycznym szkoleniem w zakresie stosowania prawa w obszarze przeciwdziałaniu przemocy domowej w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin;

**[ …..] TAK [ …..] NIE**  |

**UWAGA!!! Wykonawca w powyższych tabelach wskazuje informacje mające na celu potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu, oraz w celu potwierdzenia przedstawionych informacji niezbędnych do oceny oferty w kryterium doświadczenie trenera.**

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia w charakterze trenera dysponujemy na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

**1.** samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;

**2**. osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;

**3**. osoba udostępniona przez inny podmiot, tj…………………………

……………………………………….

 Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty

*\*Wykaz osób musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*