**ROPS.VIII.2205.17.2022**

**Załącznik 1**

**Warunki uczestnictwa w postępowaniu**

1. **Kwalifikacje osoby/osób realizujących usługę** (należy wypełnić osobno dla każdego superwizora, w przypadku więcej niż 2 superwizorów należy dodać kolejne tabele).

**Superwizor 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Numer certyfikatu superwizora** |
|  |  |
|
|

**Superwizor 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Numer certyfikatu superwizora** |
|  |  |
|
|

1. **Wykonawca zapewni realizację usługi przez osobę/osoby, które od 1 stycznia 2020 r. wypracowały co najmniej 200 godzin dydaktycznych świadczenia usług superwizyjnych dla pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej i/lub CUS.** (należy wypełnić osobno dla każdego superwizora, w przypadku więcej niż 2 superwizorów należy dodać kolejne tabele).

**Superwizor 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane od 1 stycznia 2020 roku superwizje dla pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej i/lub CUS.** |
| **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Superwizor 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane od 1 stycznia 2020 roku superwizje dla pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej i/lub CUS.** |
| **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\* - należy wskazać wypracowaną liczbę godzin dydaktycznych stanowiącą minimum określone jako warunek uczestnictwa w postępowaniu**

………………………………………….… …………………………………………………………….

Miejsce i data Czytelny podpis lub podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy