**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-47/2023 TP/U/S**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

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

**(Dotyczy części zamówienia nr ………..)**

(dla każdej osoby skierowanej do realizacji przedmiotu

umowy niniejszy dokument wypełnia się osobno)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby zaangażowanej w wykonanie zamówienia |  |
| Posiada wykształcenie wyższe z zakresu nauk społecznych, tj.: socjologia, psychologia, pedagogika, prawo, praca socjalna lub pokrewne | TAK / NIE\* |
| Psiada minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe w realizacji szkoleń dla osób dorosłych, w tym pracowników instytucjonalnych. | TAK / NIE\* |
| Posiada doświadczenie w przeprowadzaniu min. 250 godzin zegarowych usług szkoleniowych/doradczych/ eksperckich/konsultacyjnych z zakresu usług społecznych (w rozumieniu Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych) w których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/lub jednostki samorządu terytorialnego i/lub jednostki ochrony zdrowia w okresie ostatnich 5 lat. | TAK / NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#endnote-1) |  |

**\*** niewłaściwe skreślić

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

1. 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. [↑](#endnote-ref-1)