### **Załącznik Nr 7 do SWZ**

Wykonawca:

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

reprezentowany przez:

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

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia pn. Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 (znak: SOP.3700.2.2024)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Imię i nazwisko* | *Kwalifikacje zawodowe* | *Uprawnienia* | *Doświadczenie zawodowe* | *Wyksztalcenie* | *Zakres wykonywanych czynności* | *Informacje o prawie do dysponowania osobą* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

Powyższe oświadczenie składam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego) oraz pod rygorem odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy w dokumentach w celu uzyskania zamówienia publicznego (zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego)

Plik/Dokument należy podpisać **elektronicznym kwalifikowanym podpisem** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym**.