**DZP.371.34.2022**

**Załącznik nr 3 do SWZ (składany na wezwanie Zamawiającego)**

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB** |

***oświadczamy, że***

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn:

**„USŁUGA PRZEPROWADZENIA SZKOLEŃ Z ZAKRESU MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI FUNKCJONOWANIA, NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I ZDROWIA (ICF) WRAZ Z KONSULTACJAMI INDYWIDUALNYMI”**

skierujemy do realizacji niniejszego zamówienia następującą osobę zgodnie z warunkami jakim powinien odpowiadać Wykonawca:

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko trenera:** …………………………………………………………….. |
| Informacja na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego (potwierdzająca warunek określony w SWZ):1) Posiada wykształcenie zgodnie z zapisem części XIV ust. 1 pkt 4) ppkt 1) SWZ: - posiadane wykształcenie: ……………………………2) Posiada doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych z zakresu tematyki ICF wskazanej w OPZ (Załącznik nr 5 do SWZ) tj. przeprowadził minimum 80 godzin dydaktycznych z zakresu ICF w przeciągu ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert zgodnie z zapisem części XIV ust. 1 pkt 4) ppkt 2) SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podmiotu dla którego wykonano szkolenie | Tytuł szkolenia | Zakres szkolenia | Liczba godzin dydaktycznych |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  | Suma godzin: |  |

3) posiada minimum 5 lat doświadczenia w pracy z osobami z doświadczeniem kryzysu psychicznego:(należy podać zakres pracy oraz okres zatrudnienia/świadczenia usługi – dzień, miesiąc i rok rozpoczęcia oraz dzień, miesiąc i rok zakończenia)……………………………………………………………………………………………….4) posiada minimum 2 letnie doświadczenie w prowadzeniu superwizji / wsparcia w zakresie wykorzystania ICF w placówkach dla dzieci i młodzieży takich jak: Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży:(należy podać zakres pracy oraz okres zatrudnienia/świadczenia usługi – dzień, miesiąc i rok rozpoczęcia oraz dzień, miesiąc i rok zakończenia)………………………………………………………………………………………………. |

**Oświadczamy, że:**

**- wymieniona w wykazie osoba, która będzie uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, posiada wymagane uprawnienia, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.**