Załącznik nr 5 do SWZ

Znak sprawy: MCPS.ZP/PR/351-40/2023 TP/U/S

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

(wzór dla trenera/ każdego z trenerów realizujących zamówienie).

**Trener/Trenerzy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wymagania do pełnienie funkcji trenera podczas szkoleń warsztatowych w zakresie CUS: | | |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykształcenie: wyższe magisterskie z zakresu nauk społecznych, np. socjologia, psychologia, pedagogika, prawo, ekonomia, polityka społeczna. | TAK\*/NIE\* |
| Doświadczenie zawodowe: doświadczenie w okresie ostatnich 5 lat w przeprowadzaniu 300 godzin zegarowych usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu w zakresie pomocy i integracji społecznej, których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/ lub jednostki samorządu terytorialnego i/ lub jednostkach ochrony zdrowia lub osoby przeprowadzające w gminie/OPS proces przekształcania/ tworzenia CUS. | TAK\*/NIE\*   1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  * temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  * temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  1. termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  * temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych/ szkoleń/ coachingu (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  1. …………………. |
| Wiedza w zakresie organizacji i tworzenia CUS | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wymagania do pełnienia funkcji trenera podczas szkoleń warsztatowych w zakresie DI | | |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykształcenie: wyższe magisterskie, z zakresu nauk społecznych, np. socjologia, psychologia, pedagogika, prawo, ekonomia, polityka społeczna. | TAK\*/NIE\* |
| Doświadczenie zawodowe: doświadczenie w okresie ostatnich 5 lat w przeprowadzaniu 300 godzin zegarowych usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych w zakresie pomocy i integracji społecznej, których odbiorcami były instytucje pomocy i integracji społecznej oraz/lub jednostki samorządu terytorialnego i/lub jednostkach ochrony zdrowia | TAK\*/NIE\*   1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  * temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  * temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej  1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): …………  * temat usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * liczba godzin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej): ………… * termin usług doradczych/ eksperckich/ konsultacyjnych/ koordynacyjnych (w formie stacjonarnej i/lub w formie zdalnej  1. …………………. |
| Wiedza w zakresie procesu deinstytucjonalizacji. | TAK\*/NIE\* |
| Informacja o sposobie dysponowania osobą[[2]](#footnote-2) |  |

**\*** 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)