**Warunek uczestnictwa:** Kwalifikacje osób realizujących usługę.

| …..…………………..……..Imię i nazwisko szkoleniowca 2 |
| --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Ukończone specjalistyczne szkolenia w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie lub doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie** |
| **Ukończone specjalistyczne szkolenia w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie** | **Doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie** |
| **Nazwa uczelni** | **Kierunek** | **Tytuł** | **Nazwa szkolenia** | **Liczba godzin** | **Nazwa pracodawcy** | **Staż pracy** |
| **1** |   |   |   |   |   |   |   |
| **2** |   |   |   |   |   |   |   |
| **3** |   |   |   |   |   |   |   |
| **4** |   |   |   |   |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** |   |   |   |   |   |   |   |
| **7** |   |   |   |   |   |   |   |
| **8** |   |   |   |   |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Data i podpis osoby/osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy