Załącznik nr 6.1 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 1)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że

w części 1 pn: Zrealizowanie szkolenia: Sketchnoting - tworzenie notatek wizualnych oraz metody angażujące studentów (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia…………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE \*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.2 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 2)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 2pn: Zrealizowanie szkolenia: Stres w pracy nauczyciela akademickiego/osób prowadzących dydaktykę (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.3 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 3)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 3pn: Zrealizowanie szkolenia: Team based learning, Project based learning (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.4 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 4)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 4pn: Zrealizowanie szkolenia: Wystąpienia publiczne (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.5 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 5)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 5pn: Zrealizowanie szkolenia: Tutoring (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.6 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 6)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 6pn: Zrealizowanie szkolenia: Mentoring (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.7 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 7)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 7pn: Zrealizowanie szkolenia: Grywalizacja i narzędzia IT w edukacji (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.8 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 8)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 8pn: Zrealizowanie szkolenia: Między sztuką a rzemiosłem-na co postawić, aby zaangażować studentów? (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.9 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 9)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 9pn: Zrealizowanie szkolenia: Kurs mentoringu wraz z superwizją i walidacją zakończony egzaminem i wydaniem certyfikatu (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.10 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 10)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 10pn: Zrealizowanie szkolenia: Sketchnoting - tworzenie notatek wizualnych oraz metody angażujące studentów (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.11 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 11)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 11 pn: Zrealizowanie szkolenia: Mentoring (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.12 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 12)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 12pn: Zrealizowanie szkolenia: Tutoring (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.13 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 13)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 13 pn: Zrealizowanie szkolenia: Stres w pracy nauczyciela akademickiego/osób prowadzących dydaktykę (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.14 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 14)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 14 pn: Zrealizowanie szkolenia: Team based learning, Project based learning (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.15 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 15)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 15 pn: Zrealizowanie szkolenia: Wystąpienia publiczne osób prowadzących dydaktykę (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.16 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 16)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 16 pn: Zrealizowanie szkolenia: Między sztuką a rzemiosłem-na co postawić, aby zaangażować studentów? (Doskonały dydaktyk KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**

Załącznik nr 6.17 do SWZ

**(DO CZĘŚCI 17)**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA TRENERA**

**(składany wraz z ofertą w celu uzyskania punktów w pozacenowych kryteriach oceny ofert określonych w rozdz. XVI SWZ)**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa przeprowadzenia szkoleń w obszarze kompetencji dydaktycznych i merytorycznych na potrzeby Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na 17 części** oświadczam że
w części 17 pn: Zrealizowanie szkolenia: Sketchnoting - tworzenie notatek wizualnych oraz metody angażujące studentów (Kompleksowy KUL)

do realizacji zamówienia skierujemy następującego trenera:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko osoby pełniącej funkcję Trenera** | **Doświadczenie w przeprowadzeniu szkoleń w okresie ostatnich 3 lat liczonych wstecz od dnia, w którym upływem terminu składania ofert**Należy podać dla każdego szkolenia\*:- nazwę szkolenia- obszar przeprowadzonego szkolenia- liczbę godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia- daty dzienne przeprowadzonego szkolenia |
|  | Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Daty realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| Nazwa szkolenia ……………………………Obszar szkolenia - …………………………………………Liczba godzin dydaktycznych szkolenia ……………………………………………………….Data realizacji szkolenia: ………………………………………………. |
| [ …] |

**Wskazany w tabeli trener posiada orzeczenie o niepełnosprawności:**

[ …..] TAK [ …..] NIE\*\*

\* Wykonawca ma obowiązek uzupełnić wszystkie pola i podać informacje odnoszące się do nazw, obszarów, liczby godzin dydaktycznych i dat dla każdego wykazywanego szkolenia. Podlegające ocenie i punktacji dane mają umożliwiać jednoznaczną weryfikację i ocenę przedstawionych treści. W przypadku nie wypełnienia pola, bądź uzupełnienie w sposób niepozwalający na jednoznaczną ocenę Wykonawca otrzyma 0 pkt w kryterium oceny ofert.

\*\*zaznaczyć właściwe

Potwierdzam prawdziwość powyższych informacji . Oświadczenie składam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**