**ROPS.III.5.1.42.2024**

**Załącznik nr 7 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI**

**ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO pn.:**

**Świadczenie usług terapeuty uzależnień w ramach terapii rodziny**

**w podziale na części**

**Dane Wykonawcy:**

……………………….

Adres: …………………………………………………………

REGON: …………………………… NIP: ………………………………

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na:

**Świadczenie usług terapeuty uzależnień w ramach terapii rodziny w podziale na części, kierujemy do realizacji ww. zamówienia publicznego w części**

**……………………** ( wskazać numer części, której wykaz dotyczy ) **następujące osoby:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia w funkcji terapeuty** | | | | |
|  | | | | |
| **Wykształcenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia wraz z wykazem potwierdzającym, iż osoba ta**  posiada wykształcenie wyższe | | | | |
| 1. Wykształcenie ……………………. 2. Posiada ukończony ………………………………………………………………………… | | | | |
| **Wyżej wskazana osoba posiada certyfikat lub inny równoważny dokument potwierdzający ukończone szkolenie/kurs (lub inne równoważne) zatwierdzony przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii lub Państwową Agencje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub równoważnie potwierdzenie rozpoczęcia procesu certyfikacji zgodnie z wymogami Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom** | | | | |
| **[ …..] TAK [ …..] NIE**  \*należy zakreślić właściwe | | | | |
| **Doświadczenie osoby skierowanej do realizacji przedmiotu zamówienia wraz z podaniem liczby miesięcy**  (Zamawiający wymaga: co najmniej rocznego doświadczenia w zakresie prowadzenia terapii uzależnień w formie indywidualnej i/lub terapii rodziny ) | | | | |
| L.p. | Miejsce realizacji usługi | Data realizacji ( od – do ) | Ilość miesięcy doświadczenia | Podmiot zlecający realizację usługi (nazwa. adres, telefon, e-mail) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Wykonawca jest zobowiązany do przedłożenia dokumentów (dyplomów, zaświadczeń lub innych równoważnych dokumentów) potwierdzających spełnienie warunku, o którym mowa w Rozdziale VII ust. 1 pkt. 4) ppkt. 1) lit. a) do k) pkt. 1) odpowiednio dla każdej z części

**Oświadczam, że:**

1. zgłaszana osoba dysponuje lub będzie dysponowała zapleczem technicznym umożliwiającym świadczenie poradnictwa zdalnie w oparciu o narzędzia on-line i telefonicznie

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

1. zgłoszona osoba nie jest i nie była pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest w stosunku do niej zawieszona ani ograniczona:

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

1. zgłaszana osoba wypełnia obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek wynika z tytułu egzekucyjnego\*:

**[ …..] TAK [ …..] NIE** \*wypełnić jeśli dotyczy, w przeciwnym razie nie wypełniać żadnego pola

1. zgłoszona osoba posiada polisę OC, ważną do dnia zakończenia świadczenia usługi w ramach projektu

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

5) zgłoszona osoba nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

6) nie figuruje w rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym,

**[ …..] TAK [ …..] NIE**

**\* Oświadczam ,** że w okresie ostatnich 20 lat osoba skierowana przeze mnie do realizacji niniejszego zamówienia w funkcji **terapeuty**:

**nie zamieszkiwała/zamieszkiwała** ( zaznaczyć właściwe )

w innych niż Rzeczypospolita Polska i państwo obywatelstwa

7) W przypadku osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska:\* wypełnić jeśli dotyczy, w przeciwnym razie nie wypełniać żadnego pola

Przedkładam informację z rejestrów karnych tych państw, uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi / informację z rejestrów karnych

lub:

**Oświadczam,** że w państwie ………………………………………… nie jest prowadzony rejestr karny / nie wydaje się informacji z rejestru karnego.

8) **Oświadczam,** że skierowana przeze mnie do realizacji niniejszego zamówienia w funkcji **terapeuty uzależnień osoba była** prawomocnie skazany/-a w państwie …………………………………… za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/-am się takich czynów zabronionych, oraz że nie nałożono na mnie obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy, stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.\*

\* wypełnić, jeśli dotyczy, jeśli nie dotyczy – pozostawić bez wypełniania

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

**Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy.**

**\***Wykaz osób – zał. nr 7 do SWZ musi być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.