



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
(nazwa Wykonawcy)

Wykaz usług odpowiadających opisowi punkt V.3.3.a SWZ

| Lp. | Opis usługi ¹ | Data wykonania (od do) | Odbiorca | Wykonawca |
|-----|--------------------------|---------------------------|----------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

Wykaz usług odpowiadających opisowi punktu V.3.3.b SWZ

| Lp. | Opis usługi ² | Data wykonania (od do) | Odbiorca | Wykonawca |
|-----|--------------------------|---------------------------|----------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |

Do wykazów załączam dowody potwierdzające należyte wykonanie usług

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wykonawcy)

¹ uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, w tym osób z niepełnosprawnościami oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) ocenę potrzeb w zakresie kompetencji zawodowych, (2) szkolenia zawodowe, (3) indywidualne lub grupowe poradnictwo zawodowe;.

² uwaga proszę podać liczbę osób objętych usługą, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wskazać jaki zakres obejmowała usługa, w szczególności czy w jej zakresie były: (1) analizę stanu zdrowia psychicznego, (2) przygotowanie programu interwencji, (3) prowadzenie działań wsparcia psychologicznego.