……………………………….

……………………………….

Nazwa i adres Wykonawcy

**„Dowóz uczniów niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Rogoźno do placówek oświatowych wraz z zapewnieniem opieki w czasie dowozu w okresie od 1 września 2024 r. do 30 czerwca 2025 r.”**

**WYKAZ OSÓB**

**- skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego -**

Zamówienie niniejsze wykonywać będą następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności | Doświadczenie w kierowcy  (w latach) | Wykształcenie | Kwalifikacje  (rodzaj uprawnień, nr uprawnień, data | Podstawa dysponowania osobą |
| **1.** |  | …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ………………….…...lat/lata |  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że kierowcy wskazani przeze mnie w w/w wykazie osób posiadają wymagane uprawnienia, o których mowa w art. 39a ustawy z dnia 06 września 2001 r. o transporcie drogowym (DZ. U. z 2022 r., poz. 2201 ze zm.).**

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

***UWAGA!!! Niniejszy Załącznik winien być sporządzony w postaci elektronicznej i opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej***