DZP.26.3.2024

Załącznik nr 6b do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

na potrzeby postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn: **„Współpraca interdyscyplinarna na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej” – usługa szkoleniowa w formie zdalnej**

Działając w imieniu i na rzecz:

........................................................................................................................................................

(*nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie* *zamówienia)*

Oświadczam, iż osoba/osoby skierowane do realizacji zamówienia z **zakresu tematycznego bloku VII** (wymienionym w rozdziale IV pkt 1 SWZ oraz Załączniku nr 1 do SWZ – Opis przedmiotu zamówienia) spełniają warunki udziału w postepowaniu w zakresie przedstawionym poniżej:

|  |
| --- |
|  Trener 1 *(imię i nazwisko):* .....................................  |
| **Warunki udziału w postępowaniu** | **Dokładny opis wykształcenia, kwalifikacji i doświadczenia trenera**  | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą\*** (zaznaczyć właściwe): |
| d) wykształcenie wyższe prawnicze **oraz** co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej w zakresie udzielania pomocy prawnej lub wykształcenie wyższena jednym z kierunków: prawo, pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo – wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie, oraz uzupełnione specjalistycznym szkoleniem w zakresie stosowania prawa w obszarze przeciwdziałaniu przemocy domowej w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin | d) należy podać:- ukończony kierunek studiów wyższych: .………………………..............................……...........nazwa uczelni: .........................................................nr dyplomu ............................................................**oraz** Należy podać:- datę rozpoczęcia i zakończenia pracy: od…..........................……do………....................……*(dzień – miesiąc – rok)*- rodzaj wykonywanych zadań:………........................…...............………………....... - nazwę Zleceniodawcy/Pracodawcy:…………………………................................……….. itd. ………………………................................………Uwaga: W przypadku braku ciągłości wykonywanej usługi, suma okresów realizacji usług powinna potwierdzać okres wymagany w Rozdziale VIII, punkt 1 ppkt 1.4 lit d) SWZ.lubnależy podać:- ukończony kierunek studiów wyższych: .………………………..............................……...........nazwa uczelni: .........................................................nr dyplomu ............................................................oraznależy podać:*-* liczbę ukończonych godzin szkolenia specjalistycznego w zakresie stosowania prawa w obszarze przeciwdziałaniu przemocy domowej:………..……godz., - nazwa podmiotu/-ów wydającego/-ych zaświadczenie/-a o ukończeniu szkolenia: ..................................................... | - dysponowanie bezpośrednie,- dysponowanie pośrednie |

Wykonawca wyraża zgodę na zwrócenie się przez Zamawiającego do wyżej wykazanych podmiotów w celu sprawdzenia prawdziwości złożonych oświadczeń.

**Uwaga:** **W przypadku skierowania do realizacji zamówienia więcej niż jednego trenera tabelę należy powielić** **i wypełnić osobno dla każdej skierowanej osoby.**

\*Podstawa dysponowania osobami:

- dysponowanie bezpośrednie: w przypadku, gdy wskazana osoba jest wykonawcą lub jest związana z wykonawcą stosunkiem prawnym,

- dysponowanie pośrednie: w przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniona przez inny podmiot.

NINIEJSZY PLIK PODPISUJE WYKONAWCA/WYKONAWCY

 KWALIFIKOWALNYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM,

PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM