**Załącznik nr 6 do SWZ**

# Wykaz osób w ramach kryterium oceny ofert „Kryterium społeczne”

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: „*Usługa całodobowej opieki wytchnieniowej dla mieszkańców Gminy Mikołajki Pomorskie świadczona w 2023 roku”***  - w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” - Edycja 2023

**na Część ………..**

| **Lp.** | **Imię i nazwisko niepełnosprawnego pracownika** | **Rodzaj zawartej umowy** | **Wskazanie rodzaju dokumentu potwierdzającego posiadanie niepełnosprawności**  **(orzeczenie, zaświadczenie instytucji uprawnionej do wydania orzeczenia, poświadczenie osoby niepełnosprawnej)\*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

\* Wraz ze wskazaniem rodzaju dokumentu do niniejszego wykazu należy dołączyć jego kserokopię.

UWAGA Do niniejszej tabeli należy załączyć dokumenty potwierdzające fakt zatrudnienia przez wykonawcę wskazanej osoby na podstawie umowy o pracę oraz legitymowanie się przez nią orzeczeniem o niepełnosprawności.

………………………………………..

Podpis