Znak sprawy: PF.261.9.2022.LK Załącznik nr 3a do SWZ

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Zamawiający:**

Regionalny Ośrodek Polityki

Społecznej w Rzeszowie

ul. Hetmańska 9

35-045 Rzeszów

**WYKAZ OSÓB**

**Dotyczy II Części zamówienia - usługa przeprowadzenia szkolenia kompetencyjnego, dotyczącego Centrów Usług Społecznych (CUS) składającego się z trzech modułów: zarządzania i organizacji usług społecznych, opracowywania i realizacji indywidualnych planów usług społecznych, organizacji społeczności lokalnej, dla kadry pomocy i integracji społecznej z terenu województwa podkarpackiego**

Dotyczy postępowania pn. **„****usługa polegająca na zapewnieniu trenerów”** w związku z realizacją projektu partnerskiego pn.: „Liderzy kooperacji"

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy na dzień składania ofert spełniają warunek dotyczący dysponowania osobą spełniającą poniższe wymagania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opis wymagań względem trenera Szkolenia z zakresu zarządzania i organizacji usług społecznych:** | | |
| **Trener 1** | | |
| **Imię i nazwisko** | | …………………………………………… |
| **Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\*** | | TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\* |
| **Podstawa do dysponowania daną osobą\*\*** | | …………………………………………… |
| **Wykształcenie** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, organizacja i zarządzanie lub zarządzanie | | TAK / NIE\*\*\* |
| **Doświadczenie** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin dydaktycznych zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie zarządzania i realizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym w podmiotach wykonujących te usługi. | TAK / NIE\*\*\*  TAK / NIE\*\*\* | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin     * ………………… * ………………… * ………………..   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data rozpoczęcia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ………………… * ………………… * ………………… |
| **Trener 2** | | |
| **Imię i nazwisko** | | …………………………………………… |
| **Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\*** | | TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\* |
| **Podstawa do dysponowania daną osobą\*\*** | | …………………………………………… |
| **Wykształcenie** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, organizacja i zarządzanie lub zarządzanie | | TAK / NIE\*\*\* |
| **Doświadczenie** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie zarządzania i realizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym w podmiotach wykonujących te usługi. | TAK / NIE\*\*\*  TAK / NIE\*\*\* | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin     * ………………… * ………………… * ………………..   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data rozpoczęcia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ………………… * ………………… * ………………… |
| **Trener 3** | | |
| **Imię i nazwisko** | | …………………………………………… |
| **Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\*** | | TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\* |
| **Podstawa do dysponowania daną osobą\*\*** | | …………………………………………… |
| **Wykształcenie** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, organizacja i zarządzanie lub zarządzanie | | TAK / NIE\*\*\* |
| **Doświadczenie** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie zarządzania i realizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym w podmiotach wykonujących te usługi. | TAK / NIE\*\*\*  TAK / NIE\*\*\* | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin     * ………………… * ………………… * ………………..   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data rozpoczęcia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ………………… * ………………… * ………………… |
| **Opis wymagań względem trenera Szkolenia z zakresu opracowywania i realizacji indywidualnych planów usług społecznych:** | | |
| **Trener1** | | |
| **Imię i nazwisko** | | …………………………………………… |
| **Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\*** | | TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\* |
| **Podstawa do dysponowania daną osobą\*\*** | | …………………………………………… |
| **Wykształcenie** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia | | TAK / NIE\*\*\* |
| **Doświadczenie** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie organizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych,  albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym lub stanowisku koordynującym w podmiotach wykonujących te usługi. | TAK / NIE\*\*\*  *TAK NIE\*\*\** | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin   * ………………… * ………………… * …………………   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data rozpoczęcia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ………………… * ………………… * ………………… |
| **Trener2** | | |
| **Imię i nazwisko** | | …………………………………………… |
| **Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\*** | | TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\* |
| **Podstawa do dysponowania daną osobą\*\*** | | …………………………………………… |
| **Wykształcenie** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia | | TAK / NIE\*\*\* |
| **Doświadczenie** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie organizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych,  albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym lub stanowisku koordynującym w podmiotach wykonujących te usługi. | TAK / NIE\*\*\*  *TAK NIE\*\*\** | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin   * ………………… * ………………… * …………………   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data rozpoczęcia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ………………… * ………………… * ………………… |
| **Trener3** | | |
| **Imię i nazwisko** | | …………………………………………… |
| **Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\*** | | TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\* |
| **Podstawa do dysponowania daną osobą\*\*** | | …………………………………………… |
| **Wykształcenie** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia | | TAK / NIE\*\*\* |
| **Doświadczenie** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie organizacji usług społecznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych,  albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym lub stanowisku koordynującym w podmiotach wykonujących te usługi. | TAK / NIE\*\*\*  *TAK NIE\*\*\** | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin   * ………………… * ………………… * …………………   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data rozpoczęcia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ………………… * ………………… * ………………… |
| ***Opis wymagań względem trenera Szkolenie z zakresu organizacji społeczności lokalnej:*** | | |
| **Trener 1** | | |
| ***Imię i nazwisko*** | | ***……………………………………………*** |
| ***Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\**** | | ***TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\**** |
| ***Podstawa do dysponowania daną osobą\*\**** | | ***……………………………………………*** |
| ***Wykształcenie*** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia | | *TAK / NIE\*\*\** |
| ***Doświadczenie*** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie organizacji społeczności lokalnej, pracy środowiskowej lub animacji społeczności lokalnej  albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym lub stanowisku koordynującym w podmiocie realizującym organizację społeczności lokalnej, pracę środowiskową lub animację społeczności lokalnej | *TAK NIE\*\*\**  *TAK NIE\*\*\** | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin   * ***…………………*** * ***…………………*** * ***…………………***   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data planowanego zakończenia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ***…………………*** * ***…………………*** * ***…………………*** |
| **Trener 2** | | |
| ***Imię i nazwisko*** | | ***……………………………………………*** |
| ***Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\**** | | ***TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\**** |
| ***Podstawa do dysponowania daną osobą\*\**** | | ***……………………………………………*** |
| ***Wykształcenie*** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia | | *TAK / NIE\*\*\** |
| ***Doświadczenie*** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie organizacji społeczności lokalnej, pracy środowiskowej lub animacji społeczności lokalnej  albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym lub stanowisku koordynującym w podmiocie realizującym organizację społeczności lokalnej, pracę środowiskową lub animację społeczności lokalnej | *TAK NIE\*\*\**  *TAK NIE\*\*\** | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin   * ***…………………*** * ***…………………*** * ***…………………***   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data planowanego zakończenia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ***…………………*** * ***…………………*** * ***…………………*** |
| **Trener 3** | | |
| ***Imię i nazwisko*** | | ***……………………………………………*** |
| ***Wykonawca polega na zasobach innych podmiotu/ów lub wykonuje zlecenie w całości osobiście\**** | | ***TAK/NIE/OSOBIŚCIE\*\*\**** |
| ***Podstawa do dysponowania daną osobą\*\**** | | ***……………………………………………*** |
| ***Wykształcenie*** | | |
| Tytuł zawodowy magistra na kierunku lub w zakresie: prawo, praca socjalna, pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, nauki o rodzinie, polityka społeczna, politologia, politologia i nauki społeczne lub socjologia | | *TAK / NIE\*\*\** |
| ***Doświadczenie*** | | |
| Udokumentowane doświadczenie w przeprowadzeniu co najmniej 150 godzin zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w zakresie organizacji społeczności lokalnej, pracy środowiskowej lub animacji społeczności lokalnej  albo  udokumentowane co najmniej pięcioletnie doświadczenie na stanowisku kierowniczym lub stanowisku koordynującym w podmiocie realizującym organizację społeczności lokalnej, pracę środowiskową lub animację społeczności lokalnej | *TAK NIE\*\*\**  *TAK NIE\*\*\** | Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu na rzecz którego wykonywana była usługa i liczbę godzin   * ***…………………*** * ***…………………*** * ***…………………***   Jeśli TAK wpisać nazwę podmiotu i okres (data rozpoczęcia i zakończenia DD-MM-RRRR/ lub data planowanego zakończenia DD-MM-RRRR w przypadku jej trwania) w którym była lub jest pełniona funkcja kierownicza   * ***…………………*** * ***…………………*** * ***…………………*** |

………………………………… ………………………………………………

Data i miejscowość (*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania*

*Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie*)

\*Wykonawca:

1. wybierając słowo: **NIE** deklaruje, że dysponuje osobą w sposób bezpośredni - tzw. Dysponowanie bezpośrednie (stosunek prawny istnieje bezpośrednio pomiędzy Wykonawcą a osobą/ami), zobowiązanie może wynikać z różnych stosunków prawnych łączących osobę z Wykonawcą np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, samozatrudnienie się osoby fizycznej, prowadzącej działalność gospodarczą. W przypadku dysponowania bezpośredniego nie dołącza się do oferty w szczególności pisemnego zobowiązania podmiotu trzeciego do oddania Wykonawcy do dyspozycji osoby na potrzeby wykonania zamówienia.
2. wybierając słowo: **TAK** deklaruje, że dysponuje osobą w sposób pośredni – tzw. Dysponowanie pośrednie (stosunek prawny istnieje pomiędzy Wykonawcą a podmiotem udostępniającym zasoby). Zobowiązanie może wynikać z różnych stosunków prawnych łączących Wykonawcę z podmiotem trzecim np. umowa przedwstępna, umowa o podwykonawstwo, umowa o współpracę, porozumienie pomiędzy pracodawcami o oddelegowania pracowników. W przypadku dysponowania pośredniego należy w szczególności dołączyć do niniejszego załącznika pisemne zobowiązanie podmiotu trzeciego do oddania Wykonawcy do dyspozycji osoby na potrzeby wykonania zamówienia.
3. Wybierając słowo: **OSOBIŚCIE** deklaruje osobiste wykonanie całego przedmiotu zamówienia.

**\*\*** Wykonawca informuje o podstawie dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, samozatrudnienie się osoby fizycznej, prowadzącej działalność gospodarczą, umowa przedwstępna, umowa o podwykonawstwo, umowa o współpracę, porozumienie pomiędzy pracodawcami o oddelegowania pracowników). Jeżeli w wykazie osób zostanie wskazana osoba będąca właścicielem firmy jednoosobowej lub wspólnikiem spółki cywilnej, należy wpisać odpowiednio – właściciel firmy lub wspólnik spółki cywilnej. Jeżeli w niniejszym załączniku wskazano na osobiste wykonanie przedmiotu zamówienia nie należy wypełniać niniejszego pola.

\*\*\* Niepotrzebne skreślić.