## Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej aleja IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce telefon 41 342 12 42 fax 41 344 30 94 e-mail sekretariat.ROPS@sejmik.kielce.pl

##  *Załącznik nr 4*

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

 nazwa i adres wykonawcy

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko trenera: | Posiadane wykształcenie (zgodnie z treścią Ogłoszenia): | Informacja o podstawie do dysponowania osobami(zasób wykonawcy/zasób innego podmiotu) |
|  |  |  |

**Oświadczam, że w/w osoba (zgodnie z rozdz. XIII część B ust.1 B ):**

1. ukończyła specjalistyczne szkolenia w wymiarze nie mniejszym niż 100 godzin dydaktycznych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie **\***

**lub**

1. posiada co najmniej 5 – letnie doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie  **\***

**\* *należy wpisać: TAK lub NIE***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Opis doświadczenia (zgodnie z treścią ogłoszenia):Wskazana powyżej osoba posiada doświadczenie jako trener/wykładowca w zakończonych szkoleniach lub warsztatach, wykonanych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu do składania ofert z tematyki dotyczącej przeciwdziałania przemocy | Data wykonania(DD/MM/RRRR) | Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana(nazwa, adres, numer telefonu) |
| 1. | Nazwa szkolenia/warsztatu (tematyka): ………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 2. | Nazwa szkolenia/warsztatu (tematyka): ………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |
| 3. | Nazwa szkolenia/warsztatu (tematyka): ………………………………………………………………………………………………………………….. |  |  |

 …………………………………….….

 DATA I PODPIS WYKONAWCY

1. Należy wypełnić dla każdej skierowanej osoby [↑](#footnote-ref-1)