**Załącznik nr 1a – do punktacji**

Pieczęć firmy miejscowość, data …………………………

**WYKAZ OSÓB**

Data: ...........................................................

Nazwa wykonawcy: ...........................................................................................................

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Wymagania minimalne kadry dydaktycznej** | Postawa do dysponowania osobą |
| **USŁUGĘ ORGANIZACJI I REALIZACJI TRENINGU INTEGRACJI EMOCJOLANLNEJ** | | | |
| 1 |  | Doświadczenie w prowadzeniu …………szkolenia/ń z zakresu integracji emocjonalnej w ciągu ostatnich 3 lat.  Doświadczenie w pracy z osobami niedostosowanymi społecznie min. 2 lata **TAK/NIE \***  **Wykształcenie ……………………**  Przygotowanie pedagogiczne **TAK/NIE \***  **Wykształcenie ……………….…..**  **1.Nazwa szkolenia …………………………….………………**  **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..**  **2.Nazwa szkolenia …………………………….………………**  **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..**   1. **Nazwa jednostki …………………………….………………**   **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..** | własne / oddane do dyspozycji \* |
| **USŁUGĘ ORGANIZACJI I REALIZACJI TRENINGU ZASTĘPOWANIA AGRESJI** | | | |
| 1 |  | Doświadczenie w prowadzeniu …………szkolenia/ń z zakresu zastępowania agresji w ciągu ostatnich 3 lat.  Doświadczenie w pracy z osobami niedostosowanymi społecznie min. 2 lata **TAK/NIE \***  **Wykształcenie ……………………**  Przygotowanie pedagogiczne **TAK/NIE \***  **Wykształcenie ……………….…..**  **1.Nazwa szkolenia …………………………….………………**  **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..**  **2.Nazwa szkolenia …………………………….………………**  **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..**   1. **Nazwa jednostki …………………………….………………**   **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..** | własne / oddane do dyspozycji \* |
| **USŁUGĘ ORGANIZACJI I REALIZACJI WARSZATÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ w tym;** | | | |
| **WIZAŻ** | | | |
| 1 |  | Doświadczenie w prowadzeniu …………szkolenia/ń z zakresu zdrowego odżywiania lub wizażu w ciągu ostatnich 3 lat.  Doświadczenie w pracy z osobami niedostosowanymi społecznie min. 2 lata **TAK/NIE \***  **Wykształcenie ……………………**  Przygotowanie pedagogiczne **TAK/NIE \***  **Wykształcenie ……………….…..**  **1.Nazwa szkolenia …………………………….………………**  **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..**  **2.Nazwa szkolenia …………………………….………………**  **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..**   1. **Nazwa jednostki …………………………….………………**   **Okres realizacji od ……………………… do ……………………………..** | własne / oddane do dyspozycji \* |

\* niepotrzebne skreślić

Jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilnoprawnej pozostawiamy własne

…………………………………………………………………………

podpisy Wykonawcy lub osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy