**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