PF.261.9.2022.LK Załącznik nr 4a do SWZ

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

Oznaczenie wykonawcy/

wykonawców występujących wspólnie

**KRYTERIUM DOŚWIADCZENIE TRENERA**

**Dotyczy I 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko trenera** | **……………………………………………………………….** | |
| **Tematyka szkolenia:**  **Szkolenie z zakresu zarządzania i organizacji usług społecznych** | **Podmiot, na rzecz którego szkolenie było prowadzone**  (nazwa, adres, numer telefonu) | **Liczba godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia** |
|  |  |
|  |  |
| **Imię i nazwisko trenera** | **……………………………………………………………….** | |
| **Tematyka szkolenia:**  **Szkolenie z zakresu opracowywania i realizacji indywidualnych planów usług społecznych** | **Podmiot, na rzecz którego szkolenie było prowadzone**  (nazwa, adres, numer telefonu) | **Liczba godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia** |
|  |  |
|  |  |
| **Imię i nazwisko trenera** | **……………………………………………………………….** | |
| **Tematyka szkolenia:**  **Szkolenie z zakresu organizacji społeczności lokalnej** | **Podmiot, na rzecz którego szkolenie było prowadzone**  (nazwa, adres, numer telefonu) | **Liczba godzin dydaktycznych przeprowadzonego szkolenia** |

**Równocześnie oświadczam, że** *jestem świadom/świadoma odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń*.

**UWAGA!** W niniejszym załączniku nie należy umieszczać doświadczenia w przeprowadzaniu 150 h dydaktycznych zajęć związanych z realizacją kształcenia lub szkolenia w wymaganym zakresie wykazanych  jako potwierdzenie spełniania warunków udziału w postępowaniu, bowiem nie będą one brane do oceny w niniejszym kryterium oceny ofert.

………………………………… ………………………………………………………

Data i miejscowość (*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania*

*Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie*)