|  |
| --- |
| **Załącznik nr 8 do SWZ****Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego****Świadczenie usług opiekuńczych i wsparcia rodziny w miejscu zamieszkania dla uczestników projektu pn. *„Centrum Integracji Usług Społecznych w Gminie Mikołajki Pomorskie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020”*** |

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Ilość doś. w godzinach (minimum 100 h)** | **Doświadczenie zawodowe wraz z informacjami** **Wytyczne dla wykonawcy:** **$** umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, wolontariat lub doświadczenie osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego,**#** na czyją rzecz były wykonywane usługi,**&** wymiar godzin.***„$ ……………. # ………………… & …………………” -*** *uzupełnić zgodnie z powyższym znaczeniem. Należy poniżej wypełnić tyle razy ile jest to potrzebne.****„1.minimum 100 h osoba wykonała/zrealizowała:” –*** *należy podać te same informacje, które zostaną podane w tabeli nr 2 załącznika nr 2 do SWZ kryterium oceny ofert* | **Kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów:** opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej **– należy wskazać jaki**  | **Odbyła minimum 80-godzinne szkolenie** z zakresu realizacji usług opiekuńczych\* udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej – należy wskazać **– należy wskazać wymiar godzin w tym ewentualną nazwę szkolenia wraz z informacją o zdobytej wiedzy z pierwszej pomocy.**  | **Podstawa dysponowania****(np. własny – umowa o pracę , udostępniony przez podmiot trzeci, inne)** |
| Osoba nr 1 |  |  100 h | 1. minimum 100 h osoba wykonała/ zrealizowała:
2. $………………. # …………………. & ……………………
3. $………………. # …………………. & ……………………
 |  | a)wymiar godzin:………b)ewentualna nazwa szkolenia lub nazwa bloku tematycznego …………….c) udzielania pierwszej pomocy/pomocy przedmedycznej\*\* |  |
| Osoba nr 2 |  | 100 h | 1. minimum 100 h osoba wykonała/ zrealizowała:
2. $………………. # …………………. & ……………………
3. $………………. # …………………. & ……………………
 |  | a)wymiar godzin:………b)ewentualna nazwa szkolenia lub nazwa bloku tematycznego …………….c) udzielania pierwszej pomocy/pomocy przedmedycznej\*\* |  |
| Osoba nr 3 |  | 100 h | 1. minimum 100 h osoba wykonała/ zrealizowała:
2. $………………. # …………………. & ……………………
3. $………………. # …………………. & ……………………
 |  | a)wymiar godzin:………b)ewentualna nazwa szkolenia lub nazwa bloku tematycznego …………….c) udzielania pierwszej pomocy/pomocy przedmedycznej\*\* |  |
| Osoba nr 4 |  | 100 h | 1. minimum 100 h osoba wykonała/ zrealizowała:
2. $………………. # …………………. & ……………………
3. $………………. # …………………. & ……………………
 |  | a)wymiar godzin:………b)ewentualna nazwa szkolenia lub nazwa bloku tematycznego …………….c) udzielania pierwszej pomocy/pomocy przedmedycznej\*\* |  |
| Osoba nr 5 |  | 100 h | 1. minimum 100 h osoba wykonała/ zrealizowała:
2. $………………. # …………………. & ……………………
3. $………………. # …………………. & ……………………
 |  | a)wymiar godzin:………b)ewentualna nazwa szkolenia lub nazwa bloku tematycznego …………….c) udzielania pierwszej pomocy/pomocy przedmedycznej\*\* |  |

**\* *usługa opiekuńcza*** *dotyczy usługi opiekuńczej w myśl art. 50 ustawy o pomocy społecznej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 1876 ze zm.) oraz zgodnie ze Standardami realizacji wsparcia w zakresie Działania 6.2. Usługi społeczne RPO WP 2014-2020.*

*\*\*niepotrzebne skreślić*

 **UWAGA: wymagany podpis zgodnie z postanowieniami SWZ**