**Załącznik nr 5 do SWZ**

**(pieczęć Wykonawcy)**

***znak sprawy: ZP.271.1.2021***

**WYKAZ USŁUG**

wykonanych w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania wniosków, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie

dotyczy: postępowania udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego na **Świadczenie usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego w miejscu zamieszkania osób niepełnosprawnych – mieszkańców gminy Kosakowo,** **świadczona na zasadach zgodnych z Programem MRiPS „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Solidarnościowego**

**Niniejszym oświadczam(y),** że wykonałem (wykonaliśmy) następujące usługi:\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko opiekuna** | **Rodzaj posiadanych kwalifikacji** | **Dla kogo realizowano usługę** |
| **posiadającymi dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej osoby niepełnosprawnej wynikających z Karty zgłoszenia do Programu (np. opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)** | **z przynajmniej średnim wykształceniem posiadającymi, co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

\* Zamawiający wymaga by Wykonawca w trakcie realizacji usługi dysponował 6 osobami spełniającymi jeden z poniższych warunków:

1. posiadającymi dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej osoby niepełnosprawnej wynikających z Karty zgłoszenia do Programu (np. opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)
2. z przynajmniej średnim wykształceniem posiadającymi, co najmniej roczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.

***UWAGA*** *– do ww. Wykazu należy załączyć dowody określające czy wskazane usługi zostały wykonane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie wykonawcy*

........................….2021 r ...............................................................

*miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej/-ych*

 *do* *reprezentowania Wykonawcy*