Załącznik nr 7 do SWZ

# **Wykaz personelu (osoby/osób) wyznaczonego przez Wykonawcę do realizacji zamówienia:**

Uwaga: W przypadku wyznaczenia do realizacji zamówienia większej ilości osób tabelę/tabele należy wykorzystać tyle razy ile to będzie konieczne.

|  |  |
| --- | --- |
| **TABELA 1** | |
| **Wykaz trenera / trenerów** **prowadzących szkolenia** **w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej (****do przeprowadzenia szkoleń z bloków tematycznych określonych w SOPZ rozdział II zadanie pierwsze punkt 4 podpunkt od 1 do 6)** | |
| **Imię i nazwisko Trenera** | …………………………………………… |
| **A.1 WYKSZTAŁCENIE** | |
| 1. ukończone studia wyższe na jednym z kierunków: prawo, pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo-wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie | TAK / NIE\* |
| 1. w przypadku ukończenia studiów wyższych na innych kierunkach niż tych, wymienionych w pkt. A.1.a, dopuszczalne są kwalifikacje uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, organizacji pomocy społecznej (w przypadku studiów podyplomowych z organizacji pomocy społecznej równorzędnie traktowane są szkolenia z zakresu specjalizacji z organizacji pomocy społecznej) pedagogiki, pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, pedagogiki specjalnej lub resocjalizacji; | TAK / NIE\* |
| **A.2. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** | |
| ukończone w wymiarze nie mniejszym niż 200 godzin dydaktycznych specjalistyczne szkolenia w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej w tym jedno co najmniej 50 godzinne (godz. dydaktyczne) przygotowujące do pracy z osobami doznającymi przemocy domowej i osobami stosującymi przemoc domową, lub co najmniej 5-letnie doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej; | TAK / NIE\* |
| **A.3. DOŚWIADCZENIE SZKOLENIOWE** | |
| uzyskane w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert w postaci przeprowadzonych minimum 100 godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej. | TAK / NIE\* |
| **INFORMACJA O PODSTAWIE DYSPONOWANIA OSOBĄ\*\*** | |
| …………………………………………………………………. | |

………………………………… ………………………………………

Data i miejscowość (*podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Wykonawcy*)

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby składa wraz z ofertą zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizujący zamówienie będzie dysponował zasobami tych podmiotów.

|  |  |
| --- | --- |
| **TABELA 2** | |
| **Wykaz trenera / trenerów prowadzących szkolenia w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej (do przeprowadzenia szkoleń z bloku tematycznego określonego w SOPZ rozdział II zadanie pierwsze punkt 4 podpunkt 7)** | |
| **Imię i nazwisko Trenera** | …………………………………………… |
| **B.1. WYKSZTAŁCENIE I DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** | |
| Osoba z wyższym wykształceniem prawniczym posiadająca co najmniej 2- letnie doświadczenie w pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej w zakresie udzielania pomocy prawnej **lub** osoba posiadająca wykształcenie w postaci ukończonych studiów wyższych na jednym z kierunków: prawo, pedagogika, pedagogika specjalna, pedagogika opiekuńczo wychowawcza, resocjalizacja, praca socjalna, psychologia, politologia, politologia i nauki społeczne, socjologia, polityka społeczna, nauki o rodzinie uzupełnione specjalistycznym szkoleniem w zakresie stosowania prawa w obszarze przeciwdziałaniu przemocy domowej w wymiarze nie mniejszym niż 50 godzin dydaktycznych. | TAK / NIE\* |
| **B.2. DOŚWIADCZENIE SZKOLENIOWE** | |
| uzyskane w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert w postaci przeprowadzonych minimum 100 godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej. | TAK / NIE\* |
| **INFORMACJA O PODSTAWIE DYSPONOWANIA OSOBĄ\*\*** | |
| …………………………………………………………………. | |

………………………………… ………………………………………

Data i miejscowość (*podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Wykonawcy*)

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby składa wraz z ofertą zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizujący zamówienie będzie dysponował zasobami tych podmiotów.

|  |  |
| --- | --- |
| **TABELA 3** | |
| **Wykaz superwizora/ superwizorów prowadzących szkolenia superwizji w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej dla członków zespołów interdyscyplinarnych i grup diagnostyczno pomocowych realizujących procedurę „Niebieskie Karty” (do przeprowadzenia szkoleń z bloku tematycznego określonego w SOPZ rozdział II zadanie pierwsze punkt 4 podpunkt 8)** | |
| **Imię i nazwisko Superwizora** | …………………………………………… |
| **C.1. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** | |
| Osoba posiadająca uprawnienia superwizora zgodne z właściwością zawodową osób superwizowanych. | TAK / NIE\* |
| **C.2. DOŚWIADCZENIE SZKOLENIOWE** | |
| uzyskane w okresie ostatnich 3 lat przed dniem składania ofert w postaci przeprowadzonych minimum 100 godzin dydaktycznych szkoleń superwizji w zakresie z przeciwdziałania przemocy domowej | TAK / NIE\* |
| **INFORMACJA O PODSTAWIE DYSPONOWANIA OSOBĄ\*\*** | |
| …………………………………………………………………. | |

………………………………… ………………………………………

Data i miejscowość (*podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Wykonawcy*)

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Wykonawca, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby składa wraz z ofertą zobowiązanie podmiotu udostępniającego zasoby do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia lub inny podmiotowy środek dowodowy potwierdzający, że Wykonawca realizujący zamówienie będzie dysponował zasobami tych podmiotów.