Załącznik nr 5 do SWZ

ZNAK: SŚ.271.1.U.2024

***WYKAZ OSÓB,***

*które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia na*

*usługę świadczenia usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością*

**(składane przez Wykonawcę na wezwanie Zamawiającego)**

Nazwa wykonawcy……………………………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez:……………………………………………………………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Wykształcenie(nazwa szkoły, kierunek) | Ukończone kursy szkolenia | Udokumentowane(co najmniej 6-miesięczne) doświadczenie, w tym zawodowe, w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym(miejsce/data realizacji usług tożsamych z OPZ) | Informacje o podstawie dysponowania osobą |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

*Prawdziwość powyższych danych potwierdzam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.*

**Dokument należy złożyć w formie elektronicznej, w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**