Załącznik nr 7 do SWZ

................................................................................... …................................., dnia ….................... 2024 r.

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB DO PUNKTACJI**

Składany do zadania

**Zatrudnienie kadry merytorycznej w tym nauczycieli prowadzących zajęcia rozwijające jakość edukacji w Ośrodku Wychowania Przedszkolnego (OWP) w ramach projektu pn. „Moje WYMARZONE Przedszkole” realizowanego przez SZKOŁĘ PODSTAWOWĄ IM. MIKOŁAJA REJA W TOPOLI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| **CZĘŚĆ 1** | | | | |
| 1 | ………….. ………….. | Osoba prowadząca zajęcia z muzykoterapii w tym nauki gry na instrumentach | osoba posiadająca wiedzę i **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 3 letni okres doświadczenia) doświadczenie w realizacji zajęć z muzykoterapii, w tym nauki gry na instrumentach. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 2** | | | | |
| 2 | ………….. ………….. | Osoba prowadząca zajęcia z rytmiki, zajęcia taneczne | osoba posiadająca wiedzę i **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 3 letni okres doświadczenia) doświadczenie w realizacji zajęć tanecznych lub rytmiki lub zajęć muzyczno-ruchowych. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 3** | | | | |
| 3 | ………….. ………….. | Osoba prowadząca zajęcia z integracji sensorycznej | osoba posiadająca wiedzę i **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 3 letni okres doświadczenia) doświadczenie w pracy z dziećmi na stanowisku **terapeuty Integracji Sensorycznej (SI).** | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 4** | | | | |
| 4 | ………….. ………….. | Osoba prowadząca zajęcia z zakresu Preorientacji zawodowej | osoba posiadająca wiedzę i **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 3 letni okres doświadczenia) doświadczenie na stanowisku doradcy zawodowego. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 5** | | | | |
| 5 | ………….. ………….. | Osoba prowadząca zajęcia z zakresu fizjoterapii/rehabilitacji | osoba posiadająca wiedzę i **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 3 letni okres doświadczenia) doświadczenie w realizacji zajęć  z zakresu fizjoterapii/ rehabilitacji. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |

\* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy **własne**)