**Załącznik nr 4 do SWZ.**

**ZP.253.1.2024**

***WYKONAWCA DOSTARCZY NA WEZWANIE***

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB,**  **które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**  **DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO**  **W TRYBIE ART. 359 PKT 2 W ZW. Z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA  11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1320) NA USŁUGI SPOŁECZNE**  **„****Udzielenie schronienia osobom bezdomnym – Świadczeniobiorcom Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kościerzynie z podziałem na 2 części”** |

**Część: …………**

**Oświadczam (-y), że:**

**niżej wymienione osoby (personel) będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby,**  **która będzie uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia bezpośrednio u Świadczeniobiorców Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kościerzynie** | **Pełniona funkcja osoby, o której mowa w kol.2 w placówce udzielającej schronienia**  ***stosownie do rozdz. VI pkt 4 SWZ***  ***NALEŻY WSKAZAĆ WPROST JAKIE KWALIFIKACJE DO MAJĄ OSOBY:***  **(np. pracownik socjalny, opiekun, osoba kierująca placówką)** | **Posiadane uprawnienia, kwalifikacje zawodowe i wykształcenie**  **niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia osób o których mowa w kol. 2**  ***stosownie do pkt 4 ppkt A SWZ***  ***NALEŻY WSKAZAĆ WPROST JAKIE KWALIFIKACJE MAJĄ OSOBY:***   * ***w przypadku osoby kierującej placówką – czy ma staż i w jakim wymiarze w pracy z osobami bezdomnymi oraz kursy, szkolenia tu należy wskazać jakie związane z tematyką bezdomności)***   ***DLA CZĘŚCI I w przypadku opiekuna: zawód pielęgniarki, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, opiekuna medycznego lub***   * ***co najmniej wykształcenie zasadnicze branżowe lub zasadnicze zawodowe, udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie zawodowe polegające na świadczeniu usług opiekuńczych osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz ukończone szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy.*** * ***DLA CZĘŚCI II: w przypadku opiekuna (***  1. ***wykształcenie zasadnicze branżowe/zasadnicze zawodowe, doświadczenie w pracy z osobami bezdomnymi (wskazać okres), szkolenie z zakresu pierwszej pomocy*** 2. ***wykształcenie co najmniej średnie/średnie branżowe oraz szkolenie z zakreu udzielania pierwszej pomocy***  * **dla częśći I i II: w przypadku pracownika socjalnego – należy wskazać według ustawy o pomocy społecznej** | **Podstawa dysponowania osobami osób, o których mowa w kol. 2**  (umowa o pracę, umowa zlecenie, (inne) |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

Zgodnie ze szczegółowymi warunkami udziału w postępowaniu, określonymi przez Zamawiającego w SWZ, Wykonawca winien wykazać, że dysponuje wymaganą ilością osób spełniających określone warunki

***Uwaga:***

*W tabeli należy podać informacje, które pozwolą ocenić Zamawiającemu, czy Wykonawca spełnia warunek udziału w postępowaniu, opisany w SWZ.*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach **są\*/nie są\***

***(\* zaznaczyć właściwe/skreślić usunąć niewłaściwe)*** aktualne na dzień ich złożenia i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym stosownie do SWZ**

**\*niepotrzebne skreślić lub usunąć/lub potrzebne podkreślić**