**Załącznik Nr 7 do SWZ**

**Wzór wykazu osób**

(Znak postępowania: ZS.26.5.2025)

**ZAMAWIAJĄCY:**

Zespół Szkół w Janowie Lubelskim zwany dalej „Zamawiającym”,

ul. Zamoyskiego 68, 23-300 Janów Lubelski, woj. lubelskie,

NIP: 8621007793

REGON 830184724

Nr telefonu: 15 87 20 843

Adres poczty elektronicznej: [sekretariat@zswitos.powiatjanowski.pl](mailto:sekretariat@zswitos.powiatjanowski.pl)

Strona internetowa Zamawiającego [URL]: https://zsjanow.pl/

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie pn.: ***„*Organizacja i przeprowadzenie szkoleń i kursów z podziałem na części*”*,** przedkładam:

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO  zgodnie z warunkiem określonym w pkt 6.1.4 pkt 2) ppkt 2.1 – 2.19 SWZ** |

W przypadku, gdy wskazana osoba jest Wykonawcą lub związana jest z Wykonawcą stosunkiem prawnym (np. umowa cywilnoprawna lub umowa o pracę) **w kolumnie 5** należy wpisać **„*zasób własny*”**.

W przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniona Wykonawcy przez inny podmiot będący jej pracodawcą (np. na podstawie przepisów o przeniesieniu lub oddelegowaniu pracownika) **w kolumnie 5** należy wpisać ***„zasób udostępniony”*.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 1 - Kurs magazynier z obsługą komputerowych programów magazynowych dla nauczycieli.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 20** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  podstawy funkcjonowania magazynu, obsługę programów magazynowych, oraz zakończony był testem i wydaniem zaświadczeń)**Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 2 - Kurs Excel średnio zaawansowany oraz kurs Excel podstawowy dla nauczycieli** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 18** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  nawigacje po arkuszu i skoroszycie, operacje na komórkach, wykorzystanie funkcji matematycznych i statystycznych **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 3 Szkolenie z czasu pracy kierowcy dla nauczycieli.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 6** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  obsługę tachografów, taryfikator kar i mandatów, maksymalny czas pracy w oparciu o wytyczne unijne i krajowe  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 4 - Szkolenia dla nauczycieli z zakresu: „Praca z uczniem ze spektrum autyzmu", „Praca z klasą zróżnicowaną ze względu na potrzeby edukacyjne uczniów” oraz „Dzieci cierpią po cichu - czy i jak można im pomóc?”.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 30** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  tematykę autyzmu, metody i formy pracy z uczniem, edukację włączającą, problemy psychologiczne wśród uczniów  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 5 - Szkolenia dla nauczycieli z zakresu: wykorzystania monitora interaktywnego w edukacji, „Cyfrowi przyjaciele nauczyciela - Canva, Wordwall, Learninapps, Padlet, Mentimeter, Sway” oraz „Sztuczna inteligencja w edukacji”.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 3** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  funkcje monitora interaktywnego, obsługę ekranu dotykowego, korzystanie z podstawowych aplikacji i narzędzi)  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 6 - Kurs Powertex i kurs decoupage dla nauczycieli.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 8** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  techniki rzeźbiarskie z użyciem Powertex i techniki decoupage  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 7- Szkolenie z czasu pracy kierowcy dla uczniów,** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 6** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  obsługę tachografów, taryfikator kar i mandatów, maksymalny czas pracy w oparciu o wytyczne unijne i krajowe  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 8 - Kurs Excel podstawowy dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 18** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  nawigacje po arkuszu i skoroszycie, operacje na komórkach, wykorzystanie funkcji matematycznych i statystycznych **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 9 -** **Kurs magazynier z obsługą komputerowych programów magazynowych dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 20** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  podstawy funkcjonowania magazynu, obsługę programów magazynowych, oraz zakończony był testem i wydaniem zaświadczeń)  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 10 -** **Kurs operatora wózka widłowego dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **Minimum 30** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  Zajęcia praktyczne  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 11 - Kursy dla uczniów: Kurs pilarz – drwal, kurs brakarski oraz kurs arborystyczny wspinaczki drzewnej.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **Minimum:**   1. **40 godzin dydaktycznych z tematyki brakarskiej** 2. **20 godzin dydaktycznych z tematyki wspinaczki drzewnej** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**   1. zagadnienia z zakresu gospodarki drewnem, budowy drewna oraz zajęcia praktyczne 2. **metody oraz techniki pracy narzędziami tnącymi podczas pielęgnacji drzew, procedury związane z przystąpieniem do pracy na drzewie (inspekcja, organizacja)**   **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 12 - Szkolenie z obsługi rejestratorów dla uczniów** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 18** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  budowę i funkcje rejestratorów leśniczych, praktyczna obsługa rejestratorów w terenie, analiza i eksport danych  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 13 - Kurs prawa jazdy kat B. dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 50** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  część teoretyczną i praktyczną a jego zaliczenie było potwierdzone zaświadczeniem ukończenia kursu uprawniającego do przystąpienia do egzaminu państwowego  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 14 Kurs fotogrametrii w geodezji i kurs wykorzystanie dronów w geodezji dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 18** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  tematykę fotogrametrii w geodezji oraz wykorzystanie dronów w geodezji  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 15 -** **Kurs kasy fiskalnej dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 10** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  tematykę obsługi kasy fiskalnej **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 16 -** **Kurs zdobienia paznokci dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 40** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  tematyki stylizacji paznokci, gdzie zakres zajęć obejmował zajęcia praktyczne  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 17 - Kursy dla uczniów: kurs barista, kurs cukierniczy, kurs przyrządzania sushi, kurs carvingu****, kurs barmański, kurs kuchnia molekularna i sou vide, kurs kuchnia BBQ i steki.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum**  **a) 10 godzin dydaktycznych zajęć z tematyki baristy,**  **b) 15 godzin dydaktycznych zajęć z zakresu cukiernika,**  **c) 10 godzin dydaktycznych zajęć z tematyki sushi,**  **d) 10 godzin dydaktycznych zajęć z tematyki carvingu,**  **e) 20 godzin dydaktycznych zajęć z tematyki sushi,**  **f) 10 godzin dydaktycznych zajęć z tematyki kuchni molekularnej,**  **g) 10 godzin dydaktycznych zajęć z tematyki przyrządzania mięs** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  zajęcia praktyczne – dotyczy wszystkich tematów zajęć dydaktycznych,  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 18 -** **Kurs animator czasu wolnego dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 10** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  tematykę animatora czasu wolnego  **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko Wykładowcy** | | |  | | | |
| **Dane potwierdzające spełnienie warunku określonego w pkt 6.1.4 ppkt 2) SWZ dotyczy części 19 Szkolenie z zakresu nauki programowania w C# dla uczniów.** | | | | | | |
| **L.p.** | **Temat/zakres szkoleń lub zajęć** | **data** | | **Liczba przeprowadzonych godzin dydaktycznych**  **minimum 10** | **Czy zakres szkolenia obejmował:**  Tematykę programowania gdzie zakres zajęć obejmował tworzenie programów i aplikacji **Tak / Nie** | **podstawa do dysponowania** |
|  | **1** | **2** | | **3** | **4** | **5** |
| 1. |  |  | |  |  |  |