**Załącznik nr 5 do SWZ**

*Nazwa i adres Wykonawcy*

*…………………………………*

*…………………………………*

*…………………………………*

**WYKAZ OSÓB**

składany na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

***„Realizacja zadań wynikających z Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”***

**ZP.272.1.1.2026**

Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości wraz z informacjami na  temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia, a także zakresu wykonywanych przez nich czynności łącznie z informacją o podstawie dysponowania tymi osobami

**Część nr 1 pn. Logopedyczne wspieranie rozwoju mowy dzieci – I \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ……………………………………………………………..…. |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła zajęcia terapeutyczne - logopedyczne wspieranie rozwoju mowy dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie w zakresie logopedii / neurologopedii (surdologopedii) * studia pierwszego stopnia w zakresie logopedii / neurologopedii (surdologopedii) * studia pierwszego i drugiego stopnia w zakresie logopedii / neurologopedii (surdologopedii) * studia podyplomowe w zakresie logopedii/ neurologopedii * ukończone jednolite studia magisterskie umożliwiające prace w szkole/przedszkolu * studia pierwszego stopnia umożliwiające prace w szkole/przedszkolu * studia pierwszego i drugiego stopnia umożliwiające prace w szkole/przedszkolu * studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki * studia podyplomowe z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * studia podyplomowe z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

**Część nr 2 pn. Logopedyczne wspieranie rozwoju mowy dzieci – II \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ……………………………………………………………..…. |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła zajęcia terapeutyczne - logopedyczne wspieranie rozwoju mowy dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie w zakresie logopedii / neurologopedii (surdologopedii) * studia pierwszego stopnia w zakresie logopedii / neurologopedii (surdologopedii) * studia pierwszego i drugiego stopnia w zakresie logopedii / neurologopedii (surdologopedii) * studia podyplomowe w zakresie logopedii/ neurologopedii * ukończone jednolite studia magisterskie umożliwiające prace w szkole/przedszkolu * studia pierwszego stopnia umożliwiające prace w szkole/przedszkolu * studia pierwszego i drugiego stopnia umożliwiające prace w szkole/przedszkolu * studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki * studia podyplomowe z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * studia podyplomowe z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

**Część nr 3 pn. Integracja sensoryczna \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ………………………………………………………………….. |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła zajęcia terapeutyczne integracji sensorycznej dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego i drugiego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki * studia podyplomowe z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * ukończone studia podyplomowe w zakresie diagnozowania, planowania i prowadzenia terapii integracji sensorycznej, * kurs kwalifikacyjny I i II stopnia w zakresie diagnozowania, planowania i prowadzenia terapii integracji sensorycznej   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

**Część nr 4 pn. Pedagogiczne wspieranie rozwoju poznawczego dzieci – I \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ………………………………………………………………….. |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła zajęcia w zakresie pedagogicznego wspierania rozwoju poznawczego dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego i drugiego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki * studia podyplomowe z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * studia podyplomowe z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

**Część nr 5 pn. Pedagogiczne wspieranie rozwoju poznawczego dzieci – II \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ………………………………………………………………….. |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła zajęcia w zakresie pedagogicznego wspierania rozwoju poznawczego dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego i drugiego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki * studia podyplomowe z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * studia podyplomowe z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

**Część nr 6 pn. Pedagogiczne wspieranie rozwoju poznawczego dzieci – III \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ………………………………………………………………… |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła zajęcia w zakresie pedagogicznego wspierania rozwoju poznawczego dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia pierwszego i drugiego stopnia umożliwiające pracę w szkole/przedszkolu * studia podyplomowe z oligofrenopedagogiki * studia podyplomowe z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * studia podyplomowe z wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

**Część nr 7 pn. Analizy i porady psychologiczne \***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | ………………………………………………………………… |
| **Zakres wykonywanych czynności oraz funkcja w realizacji zamówienia** | Osoba, która będzie prowadziła analizy i porady psychologiczne dla rodziców dzieci |
| **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe** | * ukończone jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia, * studia pierwszego i drugiego stopnia, na kierunku psychologia * ukończone studia podyplomowe w zakresie oligofrenopedagogiki * ukończone studia podyplomowe w zakresie edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * kurs kwalifikacyjny z oligofrenopedagogiki * kurs kwalifikacyjny z edukacji i rewalidacji upośledzonych umysłowo * studia podyplomowe z wczesnego wspomagania rozwoju dzieci * studia podyplomowe z terapii pedagogicznej * studia podyplomowe z terapii rodzin * studia podyplomowe z innego rodzaju terapii właściwej dla pobudzenia rozwoju społecznego dziecka   *(należy wybrać właściwe)* |
| **Doświadczenie zawodowe** | **….. letnie** doświadczenie w pracy terapeutycznej z małymi dziećmi (w wieku przedszkolnym lub młodszymi) zagrożonymi niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi.  *(określić w pełnych latach)* |
| **Podstawa dysponowania** (wybrać właściwe) | * Jestem wykonawcą * Umowa zlecenie * Umowa o dzieło * Umowa o pracę * Zobowiązanie innego podmiotu   Inne (jakie?) …………………… |

*(należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*

*\*należy wybrać właściwe*