Nr postępowania: 13/BK/9.4/2024

**Załącznik nr 6 do SWZ**

…............................................

Nazwa i adres Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA – DO PUNKTACJI**

Składany w postępowaniu pn.:

**Świadczenie usług społecznych na potrzeby projektu pn. „Pomocna dłoń – III edycja.’’**

**\*Wypełnić odpowiednio dla składanej części**

**Część nr 1 Usługi społeczne w zakresie usług asystenckich (AOON)**

**Liczba osób skierowanych do realizacji zamówienia.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności (należy uzupełnić)** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 2 |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 3 |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 4 |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| 5 |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |
| ……. |  |  | Własne / oddane do dyspozycji\* |

**Część nr 2 - Usługi społeczne w zakresie usług opiekuńczych i wytchnieniowych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności**  **(należy uzupełnić)** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 |  |  | Osoba posiadająca ………………….. (letnie/miesięczne) doświadczenie w świadczeniu bezpośrednich usług opiekuńczych lub wspierających na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób niesamodzielnych, osób przewlekle chorych. | Własne / oddane do dyspozycji\* |

**Część nr 3 - Usługi społeczne w zakresie usług psychologicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 |  | **Psycholog** | Osoba posiadająca ………………..letnie doświadczenie w pracy z osobami starszymi \*/ ……………….letnie doświadczenie w realizacji zajęć, grup wsparcia, poradnictwa lub terapii z zakresu psychologii. | Własne / oddane do dyspozycji\* |

\* niepotrzebne skreślić

( jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno prawnej pozostawiamy własne)

…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r.

Dokument musi być podpisany kwalifikowanym  
 podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym  
 lub elektronicznym podpisem osobistym