**Załącznik nr 2** do zapytania 01/11/2024 z dnia 14.11.2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ DOŚWIADCZENIA I KWALIFIKACJI OSÓB SKIEROWNAYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA –**  *(składany na potrzeby wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu i oceny oferty w ramach kryteriów oceny ofert)* | | | | | |
| Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu | |  | | | |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia | |  | | | |
| Wykształcenie (w tym: kierunek studiów, uzyskany tytuł): | |  | | | |
| Dodatkowe wykształcenie związane z przedmiotem zamówienia (ukończone kursy, uzyskane certyfikaty itp.) – podanie dobrowolne: | |  | | | |
| **Doświadczenie – w prowadzeniu szkoleń obejmujących swoim zakresem tematykę dialogu obywatelskiego** | | | | | |
| Lp. | Nazwa usługi i jej opis | Podmiot dla którego realizowana była usługa | | Okres realizacji usługi (od dd.mm.rr – do dd.mm.rr.) | Liczba godzin usługi |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **Doświadczenie w zakresie współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób z niepełnosprawnością** | | | | | |
| Lp. | Zakres współpracy | Podmiot z którym była nawiązana współpraca (nazwa, adres, kontakt) | | Czas trwania współpracy (od dd.mm.rr – do dd.mm.rr.) | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| **Doświadczenie zawodowe w zakresie  realizacji projektów (w tym publikacje, ekspertyzy), dotyczących wdrażania Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych** | | | | | |
| Lp. | Nazwa projektu (publikacji, ekspertyz) | Podmiot dla którego realizowana była usługa | | Czas realizacji usługi (od dd.mm.rr – do dd.mm.rr.) | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  | | |  | | |
| *Miejscowość i data* | | | Pieczęć i podpis Wykonawcy | | |

Oświadczam, że do realizacji zamówienia zaangażuję co najmniej 1 osobę należącą do kategorii osób, o których mowa w art. 94 ust. 1 pkt 1), 8) lub 10 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych tj. co najmniej 1 osoby należącej do kategorii: osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

TAK/NIE\*

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK zobowiązuje się do przedstawienia orzeczenia o niepełnosprawności osoby skierowanej do realizacji zamówienia.

\*niepotrzebne skreślić

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

Miejscowość, data Podpis i pieczęć Wykonawcy