**Załącznik nr 3**

**Do Zapytania ofertowego**

**11/2025/ŁCR**

Nazwa Wykonawcy …............................................................................................

(nazwa, adres, NIP, REGON lub rodzaj dokumentu tożsamości)

Dotyczy: Przeprowadzenie konsultacji antydyskryminacyjnych dla kadry pedagogicznej, w tym nauczycieli/nauczycielek ze szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

**Wykaz osób wskazanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię | **…………………………………………………………………………………...** |
| 2. | Nazwisko | **…………………………………………………………………………………...** |
| 3. | Wykształcenie | **…………………………………………………………………………………...** |
| Tytuł zawodowy i data jego uzyskania | **…………………………………………………………………………………...** |
| Nazwa i siedziba uczelni | **…………………………………………………………………………………...** |
| Nazwa kierunku studiów/studiów podyplomowych | **…………………………………………………………………………………...** |
| 4. | Doświadczenie w realizacji konsultacji psychologicznych w temacie różnorodnych przejawów przemocy i agresji *(minimum 2 lata tj. 24 miesiące)* | |
| Rodzaj usługi/zakres tematyczny świadczonej usług | **…………………………………………………………………………………...** |
| Nazwa instytucji, dla której usługa została przeprowadzona | **…………………………………………………………………………………...** |
| Termin (dzień, miesiąc, rok) | **…………………………………………………………………………………...** |
| Liczba miesięcy *(nie mniej niż 24)* należy podać w pełnych miesiącach | **…………………………………………………………………………………...** |

***UWAGA***

*Do formularza należy załączyć dokumenty potwierdzające powyższe zgodnie z zapisami pkt. VII ppkt. 4*

*Wykonawca modeluje powyższe poprzez dostosowanie do potrzeb*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji, oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

Do wykazu załączono …… egzemplarz(e/y) dokumentów potwierdzających powyższy wykaz.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji powyższych danych.

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

(Data i miejscowość) (Podpis osoby upoważnionej)