**Załącznik nr 3**

**Wykaz osób, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia**

* + - 1. **Trener/nauczyciel:**

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wykształcenie (podać nazwę szkoły/uczelni/specjalność):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Znajomość języka (języków) obcych w stopniu komunikatywnym (podać język / języki):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doświadczenie:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Zleceniodawca**  **(nazwa, adres), na rzecz którego zostało wykonane lub jest wykonywane zamówienie (umowa)** | **Liczba przeprowadzonych godzin usług** | **Data odbycia usług** | **Łączna liczba lat doświadczenia zawodowego** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.\*\*** |  |  |  |

\*należy wybrać w zależności od stanowiska

\*\*należy dodać tyle wierszy, ile będzie potrzebne.

1. **Koordynator usługi:**

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zleceniodawca**  **(nazwa, adres), na rzecz którego praca / usługa była lub jest wykonywana** | **Liczba lat doświadczenia na stanowisku związanym z zarządzaniem realizacją zamówień, umów, kontraktów dotyczących szkoleń/kursów** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3.\* |  |  |

\* należy dodać tyle wierszy, ile będzie potrzebne

1. **Osoba/y z niepełnosprawnościami, które zostaną skierowane do realizacji zamówienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja, którą osoba będzie pełniła przy realizacji zamówienia** | **Wymiar zatrudnienia (czasu pracy) przy realizacji zamówienia** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3.\* |  |  |  |

\* należy dodać tyle wierszy, ile będzie potrzebne