Załącznik nr 5 do Zapytania

Nr postępowania: 1/RUSZ/2025

................................................................................... …................................., dnia ….................... 2025 r.

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB**

Składany do zadania:

**Realizacja usług społecznych i zdrowotnych w ramach projektu pn. „RUSZ – Rozwój Usług Społeczno-Zdrowotnych dla mieszkańców Gminy Kielce”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| **Część nr 1** | | | | |
| 1 | ………….. ………….. | psycholog | osoba posiadająca ukończone jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia, **lub** ukończone studia pedagogiczne **oraz** ukończony kurs psychoterapii obejmujący co najmniej 1000 godzin. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **Część nr 2** | | | | |
| 2 | ………….. ………….. | pielęgniarka / pielęgniarz | osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo pielęgniarza **oraz** ukończone studia pielęgniarskie co najmniej na poziomie licencjackim **lub** ukończoną szkołę medyczną I albo II stopnia. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |

\* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy **własne**)

…………………………………………

*(podpis)*