***Załącznik nr 3A do zapytania ofertowego nr 07/NSZ/2025 (dla I części zamówienia)***

## Wykaz osób skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego

**(spełniających wymogi określone w zapytaniu ofertowym)**

**– część nr I Usługi psychiatryczne**

**UWAGA – „Wykaz osób” należy złożyć odrębnie dla każdej składanej części zamówienia**

**UWAGA – Wykonawca może wykazać się tymi samymi osobami skierowanymi przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu wobec każdej części zamówienia.**

**UWAGA – Wykazując więcej niż jedną osobę wskazaną do realizacji zamówienia, proszę skopiować poniższą tabelę w całości.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby wskazanej do realizacji zamówienia:**  …………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **Oświadczenie dot. kwalifikacji zawodowych i doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia:**  **Posiada wykształcenie wyższe (studia medyczne)** oraz udokumentowane doświadczenie praktyczne zdobyte w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert polegające na **przeprowadzeniu przynajmniej 100 godzin** indywidualnego wsparcia/poradnictwa psychiatrycznego **skierowanego do dzieci i/lub młodzieży związanych z doświadczeniem** trudnych przeżyć, przemocy, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym, z grupy wysokiego ryzyka, z rodzin dysfunkcyjnych **w jednej z placówek:** placówkach opiekuńczo – wychowawczych lub młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i socjoterapeutycznych lub zakładach poprawczych lub schroniskach dla nieletnich lub ośrodkach kuratorskich lub prowadził wsparcie dla dzieci i/lub młodzieży w poradniach, szkołach, świetlicach lub gabinetach prywatnych.  **Wsparcie dotyczyło co najmniej jednego z następujących obszarów:** diagnostyka zaburzeń i problemów psychiatrycznych, opracowanie/zaproponowanie planu dalszego postepowania/leczenia/poradnictwa, zapewnienie lub przedstawienie możliwości dostępu do specjalistycznego poradnictwa/leczenia, praca nad zmianą negatywnych wzorców myślenia i zachowania oraz poszukiwanie ich źródeł w kontekście diagnozy psychiatrycznej.  **TAK/NIE\***  \* Niepotrzebne skreślić | | | | |
| **Rodzaj i kierunek ukończonych studiów wyższych oraz nazwa uczelni:**  …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | | | | |
| **L.p.** | **Podmiot, dla którego zrealizowano usługę** | **Nazwa wykonanej usługi lub jej krótki opis** | **Okres wykonania usługi w formacie**  od *dd-mm-rrrr*  do *dd-mm-rrrr*  (w przeciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert) | **Liczba godzin wsparcia/poradnictwa psychoterapeutycznego dla dzieci i/lub młodzieży**  (w przeciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert) |
| *1.* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA GODZIN OGÓŁEM** | |  |

………………………..………… ………………………..…………………………

*(Miejscowość i data)* *(Podpis i pieczęcie Wykonawcy)*