

Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego nr F4F/17/2025/B/OM**CURRICULUM VITAE KADRY**

Załącznik nr 5 należy złożyć w takiej liczbie egzemplarzy w jakiej wskazano kadrę w załączniku 2 (każdy wymieniony w załączniku 2 z imienia i nazwiska opiekun środowiskowy lub opiekun medyczny powinien złożyć załącznik nr 5).

Imię i nazwisko

Wykształcenie¹:

Instytucja Data: od (miesiąc / rok) do (miesiąc / rok)	Uzyskane stopnie lub dyplomy:

Liczba miesięcy doświadczenia zawodowego kadry w pracy jako opiekun środowiskowy lub opiekun medyczny:

Daty: od mm-rr do mm-rr	Nazwa instytucji ²	Stanowisko ³ , opis obowiązków

¹ posiadane kwalifikacje do wykonywania zawodu: opiekun środowiskowy lub opiekun medyczny,

² W przypadku doświadczenia wynikającego z osobistej roli proszę zaznaczyć „doświadczenie osobiste”

³ W przypadku doświadczenia wynikającego z osobistej roli proszę nie wpisywać stanowiska

Łączna liczba miesięcy doświadczenia zawodowego kadry w pracy jako opiekun środowiskowy lub opiekun medyczny:	 miesiące/ęcy

Posiadam ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny jako (zaznacz właściwe):

- ☐ jako **opiekun osoby starszej**,
- ☐ jako **pielęgniarz**,
- ☐ jako **asystent osoby niepełnosprawnej**,
- ☐ jako **opiekun w domu pomocy społecznej**,

W celu potwierdzenia spełnienia wymaganych kwalifikacji, Wykonawca na żądanie Zamawiającego ma obowiązek złożenia dokumentów potwierdzających doświadczenie tj. w szczególności referencji i/lub zaświadczeń potwierdzających zrealizowane usługi/posiadane doświadczenie wystawione przez podmiot, dla którego usługi były realizowane lub praca była świadczona **na etapie podpisywania umowy**. Można także przedłożyć świadectwa pracy i umowy ze wskazaniem zakresu obowiązków potwierdzające doświadczenie opiekuna środowiskowego lub opiekuna medycznego bądź faktury potwierdzające realizację usług.

Na zasadzie art. 6 ust. 1 pkt. A RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie złożonej w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr **F4F/17/2025/B/OM** ogłoszone przez Fundację 4Future z siedzibą w Łodzi, ul. Kilińskiego 185, 90-348 Łódź w ramach projektu pod tytułem „Pomocna dłoń – usługi zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z pow. bełchatowskiego”, współfinansowanego przez ze środków

Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

Administratorem moich danych jest Fundację 4Future z siedzibą w Łodzi, ul. Kilińskiego 185, 90-348 Łódź. W sprawie danych osobowych mogę się kontaktować z inspektorem ochrony danych: daria.bartnicka@odokancelaria.pl. Moje dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia procesu naboru kandydatów.

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody na udział w naborze jest dobrowolne oraz że mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem. Mam prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego w przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania moich danych.

Odbiorcami moich danych mogą być wyłącznie osoby upoważnione na podstawie przepisów prawa. Moje dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani nie będą podlegały procesowi profilowania.

.....
Miejsce, dnia

.....
*Czytelny podpis osoby wytypowanej
do realizacji zlecenia*