



Załącznik nr 7

O Ś W I A D C Z E N I E

potwierdzające doświadczenie osób wyznaczonych do prowadzenia szkolenia¹

Nazwa Wykonawcy	
NIP	
Adres siedziby	

Lp.	Nazwa szkolenia	Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do prowadzenia szkolenia	Doświadczenie w obszarze związanym z tematyką szkolenia (nazwa/tematyka zrealizowanych szkoleń) w okresie ostatnich 5 lat	Okres zdobywania doświadczenia od-do w formacie dzień- miesiąc-rok	Pełna nazwa podmiotu, na rzecz którego/na zlecenie którego szkolenie było realizowane	Wymiar godzin szkolenia (tygodniowo)
Część 1	Warsztaty rozwijające umiejętność uczenia się dla kl. IV-VI i kl. VII-VIII					
Część 2	Zajęcia z psychologiem dla uczniów					

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

(miejscowość, data)

(podpis Wykonawcy)

¹ Należy załączyć do formularza oferty w przypadku, jeżeli Wykonawca chce otrzymać punkty w ramach kryterium: Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (P2)