*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

Przystępując do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego o udzielenie zamówienia publicznego na: **Świadczenie usług z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dla dzieci w ramach programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” – Numer sprawy WOS.272.9.252.2024 p**rzedstawiam/y wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, które będą uczestniczyć   
w jego wykonywaniu, w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu określonych w przedmiotowym postępowaniu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 1 Terapia pedagogiczna - w wymiarze maksymalnie 130 godzin** | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ**  Osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia ze wskazaniem podstawy do dysponowania n/w osobą | **Kwalifikacje zawodowe wymagane przez Zamawiającego** | **Kwalifikacje zawodowe wykazanej osoby**  (wypełnia Wykonawca) | **Czy wykazana osoba spełnia wymagania określone w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017. poz. 1635),**  określić TAK lub NIE |
| …………………………………….  …………………………………….  Imię i nazwisko  PODSTAWA DYSPONOWANIA:\*  ………………………………… | Wskazana osoba musi posiadać następujące kwalifikacje:   1. posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie pedagogiki tj. ukończyła studia wyższe na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna lub terapia pedagogiczna, 2. posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia, | Wskazana osoba posiada następujące kwalifikacje:  (Ad 1. Uzyskany tytuł, nazwa uczelni)  (Ad. 2. Nazwa placówki, funkcja, okres zatrudnienia od - do) |  |

\* dysponowanie osobą na podstawie np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, oddanie do dyspozycji przez podmiot udostępniający zasoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 2 Terapia psychologiczna - w wymiarze maksymalnie 130 godzin** | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ**  Osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia ze wskazaniem podstawy do dysponowania n/w osobą | **Kwalifikacje zawodowe wymagane przez Zamawiającego** | **Kwalifikacje zawodowe wykazanej osoby**  (wypełnia Wykonawca) | **Czy wykazana osoba spełnia wymagania określone w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017. poz. 1635),**  określić TAK lub NIE |
| …………………………………….  …………………………………….  Imię i nazwisko  PODSTAWA DYSPONOWANIA:\*  ………………………………… | Wskazana osoba musi posiadać następujące kwalifikacje:   1. posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie pedagogiki tj. ukończyła studia wyższe na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna lub terapia pedagogiczna, 2. posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia, | Wskazana osoba posiada następujące kwalifikacje:  (Ad 1. Uzyskany tytuł, nazwa uczelni)  (Ad. 2. Nazwa placówki, funkcja, okres zatrudnienia od - do) |  |

\* dysponowanie osobą na podstawie np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, oddanie do dyspozycji przez podmiot udostępniający zasoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 3 Terapia logopedyczna - w wymiarze maksymalnie 130 godzin** | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ**  Osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia ze wskazaniem podstawy do dysponowania n/w osobą | **Kwalifikacje zawodowe wymagane przez Zamawiającego** | **Kwalifikacje zawodowe wykazanej osoby**  (wypełnia Wykonawca) | **Czy wykazana osoba spełnia wymagania określone w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017. poz. 1635),**  określić TAK lub NIE |
| …………………………………….  …………………………………….  Imię i nazwisko  PODSTAWA DYSPONOWANIA:\*  ………………………………… | Wskazana osoba musi posiadać następujące kwalifikacje:   1. posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie pedagogiki tj. ukończyła studia wyższe na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna lub terapia pedagogiczna, 2. posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia, | Wskazana osoba posiada następujące kwalifikacje:  (Ad 1. Uzyskany tytuł, nazwa uczelni)  (Ad. 2. Nazwa placówki, funkcja, okres zatrudnienia od - do) |  |

\* dysponowanie osobą na podstawie np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, oddanie do dyspozycji przez podmiot udostępniający zasoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 4 Terapia metodą Tomatisa - w wymiarze maksymalnie 140 godzin** | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ**  Osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia ze wskazaniem podstawy do dysponowania n/w osobą | **Kwalifikacje zawodowe wymagane przez Zamawiającego** | **Kwalifikacje zawodowe wykazanej osoby**  (wypełnia Wykonawca) | **Czy wykazana osoba spełnia wymagania określone w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017. poz. 1635),**  określić TAK lub NIE |
| …………………………………….  …………………………………….  Imię i nazwisko  PODSTAWA DYSPONOWANIA:\*  ………………………………… | Wskazana osoba musi posiadać następujące kwalifikacje:   1. posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie pedagogiki tj. ukończyła studia wyższe na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna lub terapia pedagogiczna, 2. posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia, | Wskazana osoba posiada następujące kwalifikacje:  (Ad 1. Uzyskany tytuł, nazwa uczelni)  (Ad. 2. Nazwa placówki, funkcja, okres zatrudnienia od - do) |  |

\* dysponowanie osobą na podstawie np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, oddanie do dyspozycji przez podmiot udostępniający zasoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 5 Neuroterapia i Biofeedback - w wymiarze maksymalnie 130 godzin** | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ**  Osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia ze wskazaniem podstawy do dysponowania n/w osobą | **Kwalifikacje zawodowe wymagane przez Zamawiającego** | **Kwalifikacje zawodowe wykazanej osoby**  (wypełnia Wykonawca) | **Czy wykazana osoba spełnia wymagania określone w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017. poz. 1635),**  określić TAK lub NIE |
| …………………………………….  …………………………………….  Imię i nazwisko  PODSTAWA DYSPONOWANIA:\*  ………………………………… | Wskazana osoba musi posiadać następujące kwalifikacje:   1. posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie pedagogiki tj. ukończyła studia wyższe na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna lub terapia pedagogiczna, 2. posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia, | Wskazana osoba posiada następujące kwalifikacje:  (Ad 1. Uzyskany tytuł, nazwa uczelni)  (Ad. 2. Nazwa placówki, funkcja, okres zatrudnienia od - do) |  |

\* dysponowanie osobą na podstawie np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, oddanie do dyspozycji przez podmiot udostępniający zasoby

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie nr 6 Terapia sensoryczna - w wymiarze maksymalnie 140 godzin** | | | |
| **NAZWISKO I IMIĘ**  Osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia ze wskazaniem podstawy do dysponowania n/w osobą | **Kwalifikacje zawodowe wymagane przez Zamawiającego** | **Kwalifikacje zawodowe wykazanej osoby**  (wypełnia Wykonawca) | **Czy wykazana osoba spełnia wymagania określone w § 3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017. poz. 1635),**  określić TAK lub NIE |
| …………………………………….  …………………………………….  Imię i nazwisko  PODSTAWA DYSPONOWANIA:\*  ………………………………… | Wskazana osoba musi posiadać następujące kwalifikacje:   1. posiada wykształcenie kierunkowe w zakresie pedagogiki tj. ukończyła studia wyższe na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna lub terapia pedagogiczna, 2. posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w wieku od 0 do 7 roku życia, | Wskazana osoba posiada następujące kwalifikacje:  (Ad 1. Uzyskany tytuł, nazwa uczelni)  (Ad. 2. Nazwa placówki, funkcja, okres zatrudnienia od - do) |  |

\* dysponowanie osobą na podstawie np. umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, oddanie do dyspozycji przez podmiot udostępniający zasoby

**Oświadczam, że ww. osoba/y nie figuruje/ją rejestrach, o których mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. 2018 r. poz. 405 ze zm.) tj. w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15, wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze (Rejestr Państwowej Komisji).**

*……………………………………………….*

*(podpis osoby upoważnionej)*