Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego

**Wykonawca:**

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Wykaz doświadczenia osób skierowanych do realizacji usługi**

**potwierdzający przeprowadzenie szkoleń dla pracowników ośrodków pomocy społecznej i centrum usług społecznych (zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie szkoleń dla pracowników centrum usług społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 664)**

***(składany na potrzeby oceny oferty w ramach kryteriów oceny ofert*)**

**Moduł 1. Zarządzanie i organizacja usług społecznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko trenera | Liczba przeprowadzonych **szkoleń „Zarządzanie i organizacja usług społecznych”**, o których mowa w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie szkoleń dla pracowników centrum usług społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 664) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

**Moduł 2. Opracowywanie i realizacja indywidualnych planów usług społecznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko trenera | Liczba przeprowadzonych **szkoleń „Opracowywanie i realizacja indywidualnych planów usług społecznych”**, o których mowa w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie szkoleń dla pracowników centrum usług społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 664) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

**Moduł 3. Organizacja społeczności lokalnej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko trenera | Liczba przeprowadzonych **szkoleń „Organizacja społeczności lokalnej”**, o których mowa w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 marca 2020 r. w sprawie szkoleń dla pracowników centrum usług społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 664) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

\* Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą do przedłożenia potwierdzeń potwierdzających wykonanie ww. usług.

Wykonawca wyraża zgodę na zwrócenie się przez Zamawiającego do wyżej wskazanych podmiotów, w celu potwierdzenia prawdziwości złożonych oświadczeń.

…………….……..…., dnia …….…………

(miejscowość)

……………………………………

(podpis osoby uprawnionej)