

OPS.DO.261.2.2024

.....  
nazwa i adres Wykonawcy  
(pieczęć firmowa)

.....  
miejsowość i data

**WYKAZ OSÓB**

Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami – **usługi opieki wytchnieniowej min. 6 osób**

Lp.	Imię i nazwisko (osoby, która będzie uczestniczyć przy realizacji zamówienia)	Wykształcenie	Dyplom potw. kwalifikacje w zawodzie asystent osoby niepełnosp./ pielęgniarzka lub innym zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby	Osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.	Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie)

**Oświadczam, że:**

dysponuję osobami posiadającymi kwalifikacje wymagane w Zapytaniu w sprawie świadczenia usług opiekuńczych - Program "Opieka wytchnieniowa"- 2024

....., dnia..... 2024 r.  
miejsowość

.....  
podpis osoby uprawnionej