***– Część nr 14 –***

***Terapia sensoryczna – Terapeuta w zakresie terapii sensorycznej***

|  |
| --- |
| Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia |

Oświadczam, że przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia pn.:

***„Świadczenie usług polegających na prowadzeniu zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz – w zależności od potrzeb dziecka – dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów w celu realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego   
w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Barcicach”***

będą uczestniczyć następujące osoby – **dotyczy Części nr 14**:

| ***– Część nr 14 –***  ***- TERAPEUTA W ZAKRESIE TERAPII SENSORYCZNEJ*** | |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby uczestniczącej w realizacji zamówienia w niniejszej Części:**  ***Imię:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Nazwisko:*** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Podstawa dysponowania osobą**:\*  *(proszę zaznaczyć prawidłowe lub wykreślić niedotyczące)*  ***Pracownik z zasobów własnych:***   * **umowa o pracę** * **umowa zlecenia** * **umowa o dzieło** * **właściciel**   ***Inne zasoby:\****   * **Osoba fizyczna** prowadząca działalność gospodarczą) * **Osoba fizyczna** nie prowadząca działalności gospodarczej) * **potencjał podmiotu trzeciego**   ***Inne:*** *(podać jakie)*   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Uwaga!***

* + 1. W dalszej części dokumentu należy wypełnić właściwy wariant zgodnie z zapisami Zapytania

– wypełnić należy tylko jeden wariant dotyczący wykształcenia wskazanej osoby.

* + 1. Pozostałe warianty mogą pozostać puste, bądź wykreślone.
    2. W danym wariancie muszą zostać podane wszystkie wymagane informacje.
    3. Z informacji zamieszczonych w wykazie musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w postępowaniu.
    4. W kolumnie ostatniej, należy wskazać czy wskazana osoba stanowi potencjał własny Wykonawcy czy też potencjał podmiotu trzeciego. Potencjał własny jest to dysponowanie bezpośrednie, obejmujące stosunek prawny istniejący bezpośrednio pomiędzy Wykonawcą a osobą, na dysponowanie której Wykonawca się powołuje. Potencjał podmiotu trzeciego stanowi tzw. dysponowanie pośrednie, czyli sytuację,   
       w której tytułem prawnym powoływania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego do udostępnienia tych osób. Należy również wskazać podstawę dysponowania.
    5. W przypadku osób oddanych w dyspozycję należy przedstawić (załączyć do oferty): pisemne zobowiązanie podmiotu dysponującego pracownikiem o oddaniu pracownika do dyspozycji lub pisemne oświadczenie osoby oddającej się do dyspozycji o oddaniu się do dyspozycji na czas wykonania zamówienia.
    6. W ostatniej kolumnie, należy wskazać podstawę dysponowania poprzez wykreślenie niepotrzebnych zapisów.

| ***Lp.*** | ***Wykształcenie***  ***(nazwa instytucji gdzie zdobyte było wykształcenie)*** | ***Wykształcenie***  ***(nazwa instytucji gdzie zdobyte było wykształcenie)*** |
| --- | --- | --- |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** |
| ***Wariant 1*** | **studia wyższe magisterskie**  **pedagogiczne**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nazwa instytucji)* | **studia podyplomowe** lub **kurs kwalifikacyjny**  z zakresu **oligofrenopedagogiki**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nazwa instytucji)* |
| **przygotowanie uprawniające do prowadzenia zajęć z zakresu sensoplastyki lub grafomotoryki sensorycznej**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nazwa instytucji)* |  |

***Osoba składająca oświadczenie świadoma jest odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego***

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(miejscowość)* | *(podpis osoby lub osób uprawnionych*  *do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)* |