**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**Do Zamówienia nr: IBE/9/2021**

**WYKAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT 3 OGŁOSZENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Podstawa do dysponowania Specjalistą (wypełnia firma zatrudniająca psychologów)  |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

**Do udziału w postępowaniu może przystąpić Wykonawca (Specjalista) dysponujący poniższym doświadczeniem lub Podmiot, który dysponuje Specjalistą, posiadającym poniższe doświadczenie, którzy spełniają następujące warunki:**

**WYKAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT 3.2. OGŁOSZENIA**

|  |
| --- |
| Doświadczenie (minimum 2 lata) w pracy tj. nauczania lub przeprowadzania diagnozy/terapii z udziałem osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym w okresie ostatnich 10 lat. |
| **Lp.** | **Placówka(pełna nazwa, adres)** | Charakter pracy (stanowisko, rola) | Okres doświadczenia (w latach) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**WYKAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT 3.3. OGŁOSZENIA**

|  |
| --- |
| Aktualny status zatrudnionego w placówce oświatowej integracyjnej lub specjalnej lub poradni psychologiczno-pedagogicznej lub domu pomocy społecznej lub ośrodku szkolno-wychowawczym, w których to placówkach przebywają osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, a Wykonawca zatrudniony jest jako psycholog lub nauczyciel lub pedagog lub logopeda lub inny specjalista-terapeuta – potwierdzone oświadczeniem. |
| **Lp.** | **Placówka (pełna nazwa, adres)** | Charakter pracy (stanowisko, rola) | Zatrudnienie od… |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**......................................................................................**

 *(imię, nazwisko, stanowisko, pieczątka firmowa, podpis osoby lub osób*

*uprawnionych* *do reprezentowania Wykonawcy, który wykonał podane usługi)*