**Załącznik nr 1**

Pieczęć firmy miejscowość, data ……………………………………

**WYKAZ OSÓB**

Data: ...........................................................

Nazwa wykonawcy: ...........................................................................................................

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Wymagania minimalne kadry dydaktycznej** | Postawa do dysponowania osobą |
| 1 |  | dyplom ukończenia wyższych studiów magisterskich na kierunku psychologia lub pedagogika  Ukończenie całościowego kursu z zakresu psychoterapii  minimum 2 - letnie doświadczenia w pracy z osobami niepełnosprawnymi w tym z zaburzeniami psychicznymi, starszymi, chorymi, osobami uwikłanymi w przemoc w rodzinie, osobami z historią doświadczeń traumatycznych i/lub borykającymi się z trudnościami w bliskich relacjach | własne / oddane do dyspozycji \* |

\* niepotrzebne skreślić

Jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno prawnej pozostawiamy własne

…………………………………………………………………………

podpisy Wykonawcy lub osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy