

**WYKAZ OSÓB**  
**którymi będzie dysponował Wykonawca w realizacji zamówienia**

1. ....  
(imię i nazwisko)

- posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie: asystent osoby niepełnosprawnej, pielęgniarka, siostra PCK, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta lub, za zgodą realizatora Programu, w innych zawodach i specjalnościach o charakterze medycznym lub opiekuńczym,  
**lub**
- posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami, np. doświadczenie zawodowe, doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom z niepełnosprawnościami w formie wolontariatu
- Posiada stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na określonym stanowisku
- Posiada znajomość przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomoc społecznej.
- Posiada umiejętność skutecznego komunikowania się.
- Posiada umiejętność organizowania pracy w domu chorego.
- Posiada znajomość topografii miasta i gminy Kalwaria Zebrzydowska.
- Posiada prawa jazdy kat. B.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć firmy, podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

