

## WYKAZ OSÓB

### którymi będzie dysponował Wykonawca w realizacji zamówienia

1. ....  
(imię i nazwisko)

- Posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, siostra PCK, fizjoterapeuta (dokument potwierdzający w załączeniu) lub
- Posiada minimum 6-miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom z niepełnosprawnościami (dokument potwierdzający w załączeniu);
- Posiada stan zdrowia pozwalający na realizację zadania;
- Posiada znajomość przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy 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.

.....  
(miejsowość, data)

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