

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji zadania  
Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi  
na terenie gminy Cieszyn**

Nazwa(y) wykonawcy(ów) .....

Adres(y) wykonawcy (ów) .....

**Oświadczam, że:**

1. Następujące osoby będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:

l.p.	Imię i nazwisko	Wykształcenie (tytuł zawodowy, kierunek)	Kwalifikacje zawodowe (podać zgodnie z §3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych	Doświadczenie zawodowe (wskazać wymagany staż w jednostkach wymienionych w §3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych		Informacja o podstawie do dysponowania wskazaną osobą/osobami (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, poleganie na osobach innego podmiotu* itp.)
				Okres odbywania stażu [dd.mm.rrrr-dd.mm.rrr]	Miejsce odbywania stażu	

2. Osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.

3. Osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, legitymują się aktualnym zaświadczeniem o niekaralności oraz podpisały zobowiązanie do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w trakcie realizacji usług, przekazanych przez: wykonawcę, Miejski

Ośrodek Pomocy Społecznej w Cieszynie lub Świadczeniobiorcę, ze szczególnym uwzględnieniem danych osobowych świadczeniobiorców podlegających ochronie na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

4. Wymienione w wykazie osoby, posiadają stan zdrowia pozwalający na świadczenie danego typu usług, w tym ciężkich prac fizycznych, a zatrudnione przez wykonawcę osoby z orzeczoną niepełnosprawnością przedstawiły świadectwo wystawione przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ich zdolność do świadczenia usług.
5. Dane osób, które będą uczestniczyły w wykonaniu zamówienia, a które będą świadczyć usługi u świadczeniobiorców będących małoletnimi do lat 15 nie są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym.

.....  
(miejsowość)                      (data)

.....  
podpis(y) upoważnionego(ch) przedstawiciela(i) wykonawcy(ów)