

Załącznik nr 5

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

E-mail:

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO
DO REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z
ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI:**

Oświadczam, że osoby wskazane do realizacji zamówienia posiadają udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług:

LP.	Imię nazwisko osoby skierowanej do wykonania zamówienia	Osoby świadczące usługi poprzez kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowania do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenia treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspierania także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych muszą posiadać przeszkolenie i doświadczenie w zakresie: -umiejętności kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań, -kształtowania nawyków celowej aktywności, -prowadzenia treningu zachowań społecznych.
1.		Posiada/nie posiada*
2.		Posiada/nie posiada*
3.		Posiada/nie posiada*
4.		Posiada/nie posiada*
5.		Posiada/nie posiada*
6.		Posiada/nie posiada*
7.		Posiada/nie posiada*
8.		Posiada/nie posiada*
9.		Posiada/nie posiada*

10.		Posiada/nie posiada*
11.		Posiada/nie posiada*
12.		Posiada/nie posiada*
13.		Posiada/nie posiada*
14.		Posiada/nie posiada*
15.		Posiada/nie posiada*
16.		Posiada/nie posiada*
17.		Posiada/nie posiada*
18.		Posiada/nie posiada*
19.		Posiada/nie posiada*
20.		Posiada/nie posiada*

* - niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy