………., dnia ............... 2018 r.

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie pełnić funkcję psychologa** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych – doświadczenie minimum 2 lata w pracy z osobami zagrożonymi ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym oraz z niepełnosprawnością** | **Wykształcenie** |
| **1.** | **PSYCHOLOG** |  |  |  |

**W załączeniu przedkładam dowody potwierdzające posiadanie kwalifikacji i wykształcenia.**

 .....................................................................................

 *podpis wykonawcy lub osoby/osób upoważnionych*