………., dnia ............... 2018 r.

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Imię i nazwisko osoby, która będzie pełnić funkcję PSYCHOLOGA** | **Informacje na temat doświadczenie w pracy z osobami  zagrożonymi ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym oraz z niepełnosprawnością**  **(**np. nazwa pracodawcy, okres zatrudnienia, stanowisko pracy i pełnione funkcje-grupy na rzecz których wykonywania była praca np. osoby niepełnosprawne, etc.) | **Wykształcenie**  **Kwalifikacje zawodowe**  (np. nazwa szkoły, kierunek kształcenia, rok ukończenia, nazwa kwalifikacji, nazwa organu wydającego, rok wydania, etc.) |
| **1.** | **PSYCHOLOG** |  |  |  |

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

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

*podpis wykonawcy lub osoby/osób upoważnionych*