…………………………………………

Data i miejscowość

ROPS.III.P.510.4.2019

**…………………………………….**

**…………………………………….**

**…………………………………….**

 (dane Wykonawcy)

**CURRICULUM VITAE WYKONAWCY**

|  |
| --- |
| 1. Udokumentowany staż pracy w instytucjach, których zakres obejmuje pracę z dzieckiem lub rodziną: |
| **Nazwa zadania** |
| „Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”, projekt: „Otwórz się na pomoc” współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne  |
| **Udokumentowany staż pracy w instytucjach, których zakres obejmuje pracę z dzieckiem lub rodziną** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Praca w zakresie terapii uzależnień z osobami lub rodzinami zagrożonymi wykluczeniem społecznym: |  |  |  |
| **Nazwa zadania** |
| „Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”, projekt: „Otwórz się na pomoc” współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne  |
| **Praca w zakresie terapii uzależnień z osobami lub rodzinami zagrożonymi wykluczeniem społecznym** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. Dodatkowe kursy i szkolenia w zakresie terapii uzależnień: |  |  |  |
| **Nazwa zadania** |
| „Świadczenie usług terapii uzależnień osobom i rodzinom zagrożonym wykluczeniem społecznym w ramach poradni wsparcia w Słubicach, Świebodzinie i Strzelcach Krajeńskich”, projekt: „Otwórz się na pomoc” współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7 – Równowaga społeczna, Działanie 7.5 – Usługi społeczne  |
| **Dodatkowe kursy i szkolenia w zakresie terapii uzależnień** |
|  |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym formularzu są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzania Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

**Wykonawca zobligowany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzające doświadczenie w/w tabeli.**

…………………………………………

Data i podpis

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb aktualnej rekrutacji.

…………………………………………

Data i podpis