Załącznik nr 3 do Zapytania Ofertowego nr 4/RWC/ZP/2022 – życiorys zawodowy

**ŻYCIORYS ZAWODOWY – WZÓR**

*W razie potrzeby prosimy powielać wiersze tabeli.*

1. **Imię i nazwisko Opiekuna/Opiekunki:**……………………………………………………………………………………..
2. **Osoba prowadząca z zakresu** (proszę wpisać nr i nazwę zakresu wg wskazanej specyfikacji): ………………………………..………………………………
3. **Poziom i kierunek wykształcenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykształcenie** |  |
| **Kierunek/specjalność** |  |
| **Uzyskany tytuł** |  |
| **Pełna nazwa szkoły** |  |
| **Rok ukończenia** |  |

Należy dołączyć kopie dyplomu bądź dokument tożsamy potwierdzający wykształcenie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Doświadczenie zawodowe** | | | |
| na stanowisku związanym z prowadzeniem opieki odpowiednio do zakresu  (proszę podać nazwę)……………………………………….  **wynosi w latach** ………………………………………… | | | |
| **Lata liczone z dokładnością do miesięcy.** | | | |
| Należy udokumentowane **min. ilość letnie doświadczenie zawodowe** w pracy w obszarze w którym składana jest oferta na podstawie załączonych świadectw pracy lub zaświadczeń/oświadczeń od pracodawcy/zleceniodawcy, na podstawie których można jednoznacznie zweryfikować okres realizacji danej usługi. | | | |
| **Okres zatrudnienia**  **od mm-rr**  **oo mm-rr** | **Miejscowość** | **Podmiot/Instytucja** | **Stanowisko/zakres obowiązków dotyczący danego zakresu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***Odbyte szkolenia***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Nazwa szkolenia*** | ***Ilość godzin szkolenia*** | ***Termin odbycia szkolenia*** | ***Instytucja wydająca zaświadczenia/certyfikat*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Należy dołączyć kopie zaświadczenia o ukończeniu szkolenia.

***Oświadczam, że podane w ofercie dane są zgodne z prawdą***

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie ESWIP w celu prowadzenia zapytania ofertowego nr 4/RWC/ZP/2022 oraz przechowywania ich przez okres: realizacji projektu i archiwizacji dokumentów projektowych zgodnie z Wytycznymi realizacji projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.*

………………… dnia…………………..

……………………………………….…

*(czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji potencjalnego Wykonawcy)*

…………………………….…

(pieczęć Wykonawcy)