**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji zadania posiadające uprawnienia do realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na podstawie § 3 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189 poz. 1598 z późn. zm.)**

Nazwa zadania: *„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz świadczenie specjalistyczny usług opiekuńczych z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rzecz osób z terenu miasta i gminy Nowa Słupia”*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Posiadany staż pracy |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi | Wykształcenie | Przygotowanie zawodowe\* | Rodzaj ukończonej szkoły/zdobyty zawód | Długość stażu (w miesiącach lub latach) | Forma zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, inne -jakie) | Nazwa placówki, w której staż został odbyty |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Należy wpisać ukończone kursy zawodowe, szkolenia itp. zgodnie z charakterem powierzonej usługi.

…………………….. 2019 r. …….………………………………..
(miejscowość, data) (Podpis osoby/osób

repezentującej/reprezentujących podmiot)