Wykonawca

Nazwa:

Adres:

 Zamawiający:

 Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji

 ul. Mokotowska 43

 00-551 Warszawa

**WYKAZ OSÓB,**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:** |
| 1. **Informacja o doświadczeniu w zakresie oceniania wniosków o fundusze w programach edukacyjnych finansowanych ze środków Unii Europejskiej, środków publicznych, międzynarodowych lub prywatnych – zgodnie z pkt. 8.2.3.1 pkt. a) SIWZ**
 |
| Lp. | Zamawiający (nazwa instytucji zlecającej ocenę wniosku): | Program, którego dotyczył składany wniosek: | Data oceny wniosku: | Czego dotyczył oceniany projekt: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Doświadczenie pracy w obszarze kształcenia i szkolenia zawodowego – zgodnie z pkt. 8.2.3.1 pkt. b) SIWZ.**
 |
| Lp. | Rola | Nazwa instytucji/miejsce, nazwa programu | Data/okres zdobywania doświadczenia | Obszar odpowiedzialności/ zadań |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Informacja o posiadaniu dodatkowej wiedzy i doświadczenia w innych dziedzinach – zgodnie z pkt. 8.2.3.1 pkt. c) SIWZ:**
 |
| *Należy wstawić ,,X’’ w odpowiednich polach. Proszę wskazać min. 2 dziedziny*  |  **Dziedzina**  |  |
| Gastronomia, technologia żywienia |  |  |
| Hotelarstwo i turystyka |  |  |
| Mechanika, mechatronika |  |  |
| Elektryka, elektronika i elektrotechnika  |  |  |
| Budownictwo, architektura |  |  |
| Zaawansowane technologie (informatyka, grafika) |  |  |
| Telekomunikacja |  |  |
| Rolnictwo  |  |  |
| Ochrona środowiska, ekologia |  |  |
| Medycyna/ Pielęgniarstwo |  |  |
| Doradztwo i poradnictwo zawodowe |  |  |
| Kultura i sztuka |  |  |
| Opieka społeczna |  |  |
| Służby mundurowe |  |  |
| Sport i rekreacja |  |  |
| Transport, logistyka |  |  |
| Języki obce |  |  |
| Nauczanie na odległość  |  |  |
| Bankowość |  |  |
| Usługi |  |  |
| 1. **Informacja o posiadanym wykształceniu (proszę podać nazwe uczelni, kierunek studiów, rok ukończenia, uzyskany tytuł),**
 |  |
| 1. **Informacja na temat umiejętności obsługi komputera**
 | TAK/NIE |
| 1. **Informacja o korzystaniu w pełni z praw publicznych**
 | TAK/NIE |
| 1. **Informacja o zdolności do czynności prawnych**
 | TAK/NIE |
| 1. **Informacja o karalności**
 | TAK/NIE |

**…………………………………………**

 **Podpis**