**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-6/2020 Załącznik nr 8a do IWZ**

**.........................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla pierwszej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie tworzenia planów pracy z rodziną dysfunkcyjną:1 . Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. ………………………………………………..…Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym – tworzenie planów pracy z rodziną dysfunkcyjną - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-6/2020 Załącznik nr 8b do IWZ**

**.................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla drugiej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko trenera** |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi:1.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. …………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń - w zakresie pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-6/2020 Załącznik nr 8c do IWZ**

**.......................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla trzeciej części zamówienia
 (wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie dobrych praktyk podczas prac interwencyjnych z dziećmi i młodzieżą w kryzysie:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. …………………………………………………………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie dobrych praktyk podczas prac interwencyjnych z dziećmi i młodzieżą w kryzysie wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |
| Certyfikat Terapeuty MotywującegoPolskiego Towarzystwa Terapii Motywującej (PTTM)Trener posiada\* / Trener nie posiada\* |

****

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-6/2020 Załącznik nr 8d do IWZ**

**.........................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla czwartej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie zagadnień ustawy o pomocy społecznej:1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2.Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3.……………………………………………………………………………………………………………..Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym – zagadnienia z ustawy o pomocy społecznej - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-6/2020 Załącznik nr 8e do IWZ**

**.........................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla piątej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie problematyki dotyczącej choroby jaką jest depresja: 1 . Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3.…………………………………………….Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - problematyka dotycząca choroby jaką jest depresja - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****

**Znak sprawy: MCPS.ZP/PG/351-2-6/2020 Załącznik nr 8f do IWZ**

**........................................................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium**

**„Doświadczenie trenera”**

**dla szóstej części zamówienia**

**(wzór dla każdego trenera realizującego tę część zamówienia)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń w zakresie problematyki dotyczącej ochrony danych osobowych z uwzględnieniem nowelizacji przepisów zgodnie z Rozporządzeniem 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):1. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3……………………………………………………….Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym – problematyka dotycząca ochrony danych osobowych z uwzględnieniem nowelizacji przepisów zgodnie z Rozporządzeniem 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)- wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****