**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 Motywującego Polskiego 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: … | |

****