**Załącznik numer 2 do Rozeznania rynku**

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE POSIADANIE WYMAGANYCH KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZENIA PRZEZ OFERENTA – ROZEZNANIE RYNKU NR 01/021/2017**

**Licencja doradcy zawodowego\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe** | **Nr i data uzyskania licencji doradcy zawodowego** | **Instytucja wydająca licencję zawodową** |
| **Licencja****doradcy zawodowego** |  |  |

\*Jeśli nie ma, wpisać „brak”

**Wykształcenie wyższe magisterskie i podyplomowe\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wykształcenie (kierunek, nazwa uczelni)** | **Data ukończenia** | **Instytucja wydająca dokument** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*W przypadku studiów podyplomowych wpisać tylko kierunkowo związane z przedmiotem zamówienia

**Doświadczenie Oferenta w pracy jako doradca zawodowy**

w pracy z osobami niepełnosprawnymi

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot usługi** | **Data realizacji (od – do)** | **Zamawiający (nazwa i adres)** | **Liczba wykonanych godzin usług** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łączna liczba godzin:** |  |

**W związku z faktem, iż w wyniku ciągłego naboru do grudnia 2017 r. do projektu mogą zakwalifikować się osoby** **z terenu całego województwa lubuskiego, potwierdzam możliwość wykonania usługi na terenie całego województwa i w terminie określonym w Rozeznaniu rynku.**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, iż podana przeze mnie liczba godzin doradczych oraz posiadane doświadczenie zawodowe jest zgodne z prawdą podaną w niniejszym oświadczeniu.

……………………………. …………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis