

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ

Nazwa Wykonawcy lub imię i nazwisko Wykonawcy:	
Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu	
NIP	
Numer telefonu	
E-mail	
Adres skrzynki ePUAP	

Oświadczenie

Oświadczam, że usługę określoną w SWZ będzie wykonywał/a Pan/ Pani:

Lp.	Imię i nazwisko

Każda ze wskazanych osób spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

- a) posiada dyplom potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystent osoby niepełnosprawnej/pielęgniarka lub innym, zapewniającym realizację usługi opieki wytchnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby

niepełnosprawnej (wynikający z Karty zgłoszenia do Programu Opieka wychowawcza – edycja 2021, stanowiący załącznik nr 8 do Programu),

- b) posiada, co najmniej 6 miesięczne doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.

Ponadto:

Stan zdrowia osób wskazanych powyżej pozwala na wykonywanie usług opieki nad osobą niepełnosprawną.

Osoby wskazane powyższej, nie są prawomocnie skazane za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu (art. 148-162 Kodeksu Karnego), przestępstwo przeciwko wolności (art. 189-193 Kodeksu Karnego), przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (art. 197-204 Kodeksu Karnego), przestępstwo przeciwko rodzinie i opiece (art. 206-208, 210-211 Kodeksu Karnego), przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów (art. 270-277d Kodeksu Karnego), przestępstwo przeciwko mieniu (art. 278-282 Kodeksu Karnego).

W trakcie realizacji przedmiotu zamówienia Wykonawca może dokonywać zmian w zakresie osób wskazanych w załączniku nr 5, z zastrzeżeniem, iż każdorazowo nowo zgłoszona osoba spełnia wymagania kwalifikacyjne, o których mowa w załączniku nr 5.

	Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony zgodnie z pkt 4 SWZ przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)
--	--