**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego nr 1/RPO/PAR1/SNR/2021 z dnia 02.02.2021r.**

W ramach projektu ,, *Opieka wytchnieniowa dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów faktycznych z województwa świętokrzyskiego”.*

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zakładu pracy** | **Okres pracy** | **Stanowisko** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

Podpis Wykonawcy