## Załącznik nr 4 Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z osobami uzależnionymi

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(miejscowość i data)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z osobami uzależnionymi**

**do postępowania nr 1/HOSTEL/RPO/SNR/2021/BK z dnia 07.09.2021 r.**

dotyczącego wyboru wykonawcy usług psychologicznych w ramach projektu:
„Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego”.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

Przedmiot zamówienia będzie realizowany osobiście przez:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

dysponującego doświadczeniem w pracy z osobami uzależnionymi wykazanym w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miejsce pracy / Miejsce wykonywania usług** | **Okres zatrudnienia** | **Liczba lat i miesięcy doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(podpis Wykonawcy)*