

**Informacja o zasobach kadrowych Podmiotu składającego ofertę
– kompetencje i zakres obowiązków kluczowych osób zapewniających prawidłowe
wykonanie zadania**

Nazwa Podmiotu składającego ofertę

Adres Podmiotu składającego ofertę

Oświadczam, że wykonamy zadanie przy udziale następujących osób:

Lp.	FUNKCJA	Imię i nazwisko osoby	Kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu	Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji wniosku
1	Certyfikowany diagnosta			
2	Psycholog			
3	Logopeda/neurologopeda			
4	Fizjoterapeuta			
5	Lekarz medycyny			
6	Praktyk pracy z dziećmi z FAS/FASD			

7	Praktyk pracy z rodzicami dzieci z FAS/FASD			
8	Koordynator zespołu			
9	Koordynator projektu			
10	Fizjoterapeuta realizujący terapię medyczną			
11	Fizjoterapeuta realizujący trening EEG Biofeedback			
12	Pracownik biura			
13	Koordynator zajęć rehabilitacyjnych			
14	Naukowiec 1			
15	Naukowiec 2			

16	Trener 1			
17	Trener 2			

Wykaz osób do oceny ofert

Lp.	Imię i nazwisko	Wykonywana funkcja	Sposób punktacji
1		Psycholog	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
2		Logopeda/nerologopeda	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
3		Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
4		Lekarz medycyny	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
5		Praktyk	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
6		Koordynator zespołu	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
7		Koordynator projektu	<input type="checkbox"/> Posiada certyfikat „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez <input type="checkbox"/> Nie posiada certyfikatu „Certyfikowanego Diagnosty i Specjalisty FASD” wydany przez
8		Certyfikowany diagnosta FAS/FASD	Doświadczenie po uzyskaniu certyfikatu diagnostyka FAS/FASD: lat (podać liczbę lat)
9		Naukowiec 1	<input type="checkbox"/> Naukowiec posiada tytuł profesura z kierunków pedagogicznych, lub logopedycznych <input type="checkbox"/> Naukowiec nie posiada tytułu profesura z kierunków pedagogicznych, lub logopedycznych

10		Naukowiec 2	<input type="checkbox"/> Naukowiec posiada tytuł profesura z kierunków pedagogicznych, lub logopedycznych <input type="checkbox"/> Naukowiec nie posiada tytułu profesura z kierunków pedagogicznych, lub logopedycznych
----	--	-------------	---

pieczęć Podmiotu składającego ofertę	data, imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela Podmiotu składającego ofertę
--------------------------------------	---