

## POSIADANE ZASOBY KADROWE, KTÓRE ZAPEWNIĄ REALIZACJĘ ZADANIA:

L.P.	STANOWISKO	IMIĘ, NAZWISKO	RODZAJ UMOWY <i>(umowa o pracę / umowa zlecenie, umowa o dzieło)</i>	WYMIAR CZASU PRACY	KWALIFIKACJE <i>(wykształcenie, doświadczenie zawodowe, przebyte szkolenia kursy, staż pracy itp.)</i>
1.					
2.					
3.					

OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ PROJEKTU: .....

**WYKAZ WOLONTARIUSZY:**

L.P	IMIĘ, NAZWISKO	ZAKRES WSPÓŁPRACY (zgodnie z zawartym porozumieniem)	WYMIAR ŚWIADCZONYCH USŁUG (zgodnie z zawartym porozumieniem)
1.			
2.			
3.			

*Oświadczam(y), że wskaźnik zatrudnienia określony w ofercie zapewni prawidłową organizację pracy, w tym bezpieczeństwo i profesjonalną opiekę nad osobami oraz, że zadanie realizowane będzie za pomocą osób posiadających odpowiednie przygotowanie zawodowe, w sposób zapewniający - zgodnie z obowiązującą w tym zakresie wiedzą - osiągnięcie właściwych celów zadania.*

*Powyższe osoby nie są karane, są zdolne do wykonywania ciężkich prac fizycznych, z cechami psychofizycznymi wymaganymi w pracy z osobami chorymi lub nieporadnymi, posiadają umiejętność utrzymywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych. Osoby zobowiązane są do zachowania tajemnic prawnie chronionych.*

.....

data i podpis