

POSIADANE ZASOBY KADROWE, KTÓRE ZAPEWNIĄ REALIZACJĘ ZADANIA:

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

OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ PROJEKTU:



 21

WYKAZ WOLONTARIUSZY:

L.P	IMIE, NAZWISKO	ZAKRES WSPÓLPRACY (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


