Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Załącznik nr 2
do Zapytania ofertowego nr 2 z dnia 24.01.2020 r.

Oświadczenie o spełnianiu warunków

na realizację superwizji pracy socjalnej

w ramach projektu "Skuteczność działania - Moc pomagania", realizowanego przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Miechowie w ramach Osi priorytetowej: II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działania: 2.5 Skuteczna pomoc społeczna, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, w łącznej liczbie 80 godzin

OŚWIADCZAM, ŻE:

1) Zapoznałam/łem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń
2) Oferuję realizację zamówienia w sposób, który został opisany w Zapytaniu ofertowym.
3) Spełniam następujące warunki:

- posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotowego zamówienia;
- dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym i technicznym niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia:

a) posiadam certyfikat superwizora pracy socjalnej, zgodnie z art. 121 a ust 3 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. lub zaświadczenie potwierdzające uprawnienie do prowadzenia superwizji pracy socjalnej **TAK/NIE**

b) posiadam uprawnienia superwizora Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub superwizora aplikanta jednego z wskazanych towarzystw lub superwizora innego z towarzystw/ stowarzyszeń psychoterapeutycznych. **TAK/NIE**

c) posiadam doświadczenie w realizacji superwizji pracy socjalnej, co najmniej 250 przeprowadzonych godzin superwizji pracy socjalnej w okresie 2 ostatnich lat, przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy- to w tym okresie, oraz pięcioletni staż prowadzenia superwizji pracowników służb pomocy społecznej **TAK/NIE**

d) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystanie z pełni praw publicznych **TAK/NIE**

e) niekaralność za przestępstwa popełnione umyślnie **TAK/NIE**

f) stan zdrowia pozwalający na wykonywanie usługi objętej przedmiotem zamówienia **TAK/NIE**

.....
podpis