Załącznik nr 3 do zapytania nr FRSI/LiBri/1/2024

**WZORY: CV I WYKAZU DOŚWIADCZENIA**

**WZÓR CV**

*(proszę wybrać właściwą funkcję / właściwe funkcje, ew. pozostałą usunąć)*

1. pełnienie funkcji **trenera-tutora** dla min. 3 lokalnych partnerstw, przygotowujących lokalne plany strategiczne wspierające integrację i włączenie obywateli państw trzecich
2. pełnienie funkcji **metodologa** ds. lokalnych strategii i lokalnych partnerstw wspierających integrację i włączenie obywateli państw trzecich
3. **Nazwisko:** ….
4. **Imię:** ….
5. **Kluczowe umiejętności i kwalifikacje,** mające związek z przedmiotem zamówienia *(proszę o odniesienie się do pkt. VI.1.c zapytania)*

……….

1. **Doświadczenie zawodowe:** *(najważniejsze/adekwatne)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Daty** | **Instytucja/ organizacja** | **Stanowisko/funkcja** | **Obowiązki/zadania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Inne informacje** *(np. publikacje, przykładowe tytuły opracowanych materiałów):*

….

Składając CV, niniejszym:

* oświadczam, że **posiadam znajomość języka angielskiego na poziomie min. B2**, co umożliwi mi sprawne wykonywanie zadań trenera-tutora *lub – jeśli dotyczy* - trenera-tutora oraz metodologa *(prosimy skreślić, w zależności od tego, na którą część lub które części ofertę składa Wykonawca)* określonych w Załączniku nr 1 do Zapytania,
* zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym CV** na potrzeby przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia nr FRSI/LiBri/1/2024 dotyczącego pełnienia funkcji trenerów-tutorów oraz metodologa ds. lokalnych strategii i lokalnych partnerstw wspierających integrację i włączenie obywateli państw trzecich.

……………………………………………………………… ………………………………………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis trenera-tutora / trenera-tutora-metodologa)

*(Podpis trenera-tutora / trenera-tutora-metodologa wymagany jest w przypadku, kiedy ta osoba i Wykonawca nie są tymi samymi podmiotami).*

………………………………… ………………………………………………………………………………….

(miejscowość, data) (imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA WYKONAWCY (LUB OSOBY PRZEZ NIEGO ZGŁOSZONEJ)**

**Imię i nazwisko trenera-tutora: ………………………………..**

Oświadczam, że ww. osoba przeprowadziła *(dotyczy osoby zgłoszonej przez Wykonawcę) lub (niepotrzebne skreślić)* przeprowadziłem/ przeprowadziłam następujące szkolenia *(w razie potrzeby proszę powielać wiersze tabeli):*

* + - 1. Doświadczenie w **prowadzeniu szkoleń dla przedstawicieli lokalnych instytucji i organizacji** – osób dorosłych - **dotyczących tworzenia strategii, planów działania lub rozwoju strategicznego instytucji/organizacji** (np. pracowników urzędów gmin, instytucji kultury, lokalnych organizacji pozarządowych) – **co najmniej 60 godz. szkoleń metodami aktywnymi, stacjonarnie lub online** (w okresie od 1.01.2019)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tematyka/tytuł szkolenia** | **Nazwa Zleceniodawcy/ organizatora szkolenia wraz z danymi kontaktowymi osoby mogącej potwierdzić wykonanie zamówienia (imię, nazwisko, telefon, e-mail)** | **Uczestnicy szkoleń** *(np. pracownicy urzędów gmin, instytucji kultury)* | **Data przeprowadzenia szkolenia** *(Np. 1.03-3.03.2023**Należy wpisać daty dzienne)* | **Forma** (stacjonarnie / online) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |

* + - 1. Doświadczenie w **prowadzeniu szkoleń lub mentoringu/konsultacji dla osób dorosłych z zakresu tworzenia i działania lokalnych partnerstw**, co najmniej **40 godzin szkoleniowych** (w okresie od 1.01.2019)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tematyka/tytuł szkolenia** | **Nazwa Zleceniodawcy/ organizatora szkolenia wraz z danymi kontaktowymi osoby mogącej potwierdzić wykonanie zamówienia (imię, nazwisko, telefon, e-mail)**  | **Uczestnicy szkoleń**  | **Data przeprowadzenia szkolenia**  | **Forma** (stacjonarnie / online) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |

* + - 1. **Doświadczeniem w prowadzeniu szkoleń lub mentoringu/konsultacji dla osób dorosłych z zakresu wsparcia obywateli państw trzecich**, co najmniej **40 godzin szkoleniowych** (w okresie od 1.01.2019)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tematyka/tytuł szkolenia** | **Nazwa Zleceniodawcy/ organizatora szkolenia wraz z danymi kontaktowymi osoby mogącej potwierdzić wykonanie zamówienia (imię, nazwisko, telefon, e-mail)**  | **Uczestnicy szkoleń**  | **Data przeprowadzenia szkolenia**  | **Forma** (stacjonarnie / online) |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE** |  |

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego podanych powyżej informacji i danych.

…………………………………………………………… ………………………………………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis trenera-tutora)

*\* Podpis trenera-tutora wymagany jest w przypadku, kiedy ta osoba i Wykonawca nie są tymi samymi podmiotami.*

……………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………..

*(miejscowość, data)* *(imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*

**DODATKOWE DOŚWIADCZENIE** Wykonawcy (lub osoby przez niego zgłoszonej) składającego ofertę napełnienie funkcji **metodologa** ds. lokalnych strategii i lokalnych partnerstw wspierających integrację i włączenie obywateli państw trzecich

**Imię i nazwisko metodologa: ………………………………..**

Oświadczam, że ww. osoba jest *[dotyczy osoby zgłoszonej przez Wykonawcę] lub [niepotrzebne skreślić]* jestem autorem / współautorem następujących publikacji dotyczących tematyki Projektu (tzn. w zakresie tworzenie partnerstw lokalnych, przygotowania i wdrażania strategii lokalnych, przygotowywania i wdrażania planów działania lokalnych instytucji (w szczególności bibliotek) lub wspierania integracji obywateli państw trzecich).

*[w razie potrzeby prosimy powielać wiersze tabeli]:*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.L.p.** | **Tytuł publikacji/ artykułu** | **Nazwa Zleceniodawcy wraz z danymi kontaktowymi osoby mogącej potwierdzić wykonanie zamówienia (imię, nazwisko, telefon, e-mail)** | **Data publikacji** | **Liczba stron napisana przez Wykonawcę (lub osobę przez niego zgłaszaną)** | **Do kogo skierowana była publikacja i czego dotyczyła** | **Link****Link**(lub informacja o załączonej publikacji do oferty) |
| **11.1.** |  |  |  |  |  |  |
| **22.2.** |  |  |  |  |  |  |
| **…3….** |  |  |  |  |  |  |

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego podanych powyżej informacji i danych.

………………………………… ………………………………………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis metodologa)

*\* Podpis metodologa wymagany jest w przypadku, kiedy ta osoba i Wykonawca nie są tymi samymi podmiotami.*

…………………………… …………………………

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*