Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego na usługę przeprowadzenia treningów/szkoleń w projekcie „Efektywna zmiana – inwestycja
w przyszłość” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 - 2020.

**Życiorys zawodowy Trenera.**

|  |
| --- |
| 1. **Imię i nazwisko.**
 |
|  |
| 1. **Numer PESEL.**
 |
|  |
| 1. **Numer identyfikacji podatkowej (NIP).**
 |
|  |
| 1. **Wykształcenie (w tym studia podyplomowe, kursy).**
 |
| **Data od…do…** | **Szkoła/uczelnia** | **Uzyskane stopnie lub dyplomy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Kluczowe kwalifikacje związane z ofertą.**
 |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| 1. **Szkolenia o tematyce odpowiadające przedmiotowi zamówienia przeprowadzone w ostatnich 2 latach.**
 |
| **Zleceniodawca.** | **Termin realizacji.** | **Ilość godzin.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że:

* Posiadam niezbędną wiedzę i kwalifikacje niezbędne do zrealizowania danego zamówienia.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych
w Formularzu ofertowym i Życiorysie zawodowym dla potrzeb niezbędnych
do realizacji procesu wyboru oferty (zgodnie z przepisami ustawy z dnia
29 sierpnia 1997 roku o Ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
* Zebrane dane będą przetwarzane i wykorzystane przez zespół zarządzający projektem.
* Oświadczam, że nie jestem w żaden sposób powiązany z zamawiającym,
tj. z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim.

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

 Miejscowość i data Czytelny podpis