**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Przystępując do udziału w postępowaniu znak DOA.2610.2.2025 na **Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością na rzecz mieszkańców Legnicy w ramach realizacji Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025**

Oświadczam, że Wykonawca dysponuje odpowiednimi osobami, zdolnymi do prawidłowej realizacji zamówienia i osoby te:

1. posiadają dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej1), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta,
2. posiadają co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu.

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

*(data podpis i pieczęć składającego oświadczenie) (osoba/osoby uprawniona/e)*