

Kwalifikacje osoby realizującej zadanie

(załącznik do ofert dotyczących zadań z zakresu Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na rok 2009 oraz Miejskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2009 realizowanych we współpracy z Wydziałem Zdrowia Publicznego UMŁ)

Imię i nazwisko:

I. Wykształcenie istotne dla realizowanego zadania oraz posiadana specjalizacja

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| ☐ lekarz | ↑ | specjalizacja,..... st. I , II |
| ☐ psycholog | ↑ | specjalizacja,..... |
| ☐ psychiatra | ↑ | specjalizacja,..... st. I , II |
| ☐ pedagog | ↑ | specjalizacja,..... |
| ☐ pracownik socjalny | ↑ | specjalizacja,..... |
| ☐ magister prawa | ↑ | aplikacja,..... |
| ☐ inne, jakie ? | | |

II. Ukończone kursy i szkolenia, przez jaką instytucję prowadzone

- | | | |
|--|---|------------------|
| ☐ ukończony kurs Studium Pomocy Psychologicznej | ↑ | |
| ☐ ukończone Studium Terapii Uzależnień | ↑ | |
| ☐ ukończenie Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie | ↑ | st. I , II |
| ☐ ukończony kurs terapii rodzin | ↑ | |
| ☐ ukończony kurs terapii małżeństw | ↑ | |
| ☐ inne, jakie ? | | |

III. Posiadane certyfikaty

- | | | |
|---|---|-------|
| ☐ instruktor terapii uzależnień | ↑ | |
| ☐ certyfikowany instruktor terapii uzależnień | ↑ | |
| ☐ specjalista terapii uzależnień | ↑ | |
| ☐ certyfikowany specjalista terapii uzależnień | ↑ | |
| ☐ inne, jakie ? | | |

.....
podpis osoby, której dotyczy załącznik

* Każda z osób wymienionych w ofercie i spełniających wymogi kwalifikacyjne wypełnia odrębny załącznik. Należy podawać tylko kwalifikacje istotne dla realizowanego zadania.

* Zaznaczyć odpowiednio krzyżykami i dopisać informacje uzupełniające.

* Należy załączyć kopie dokumentów potwierdzających zaznaczone kwalifikacje.

