

**Oświadczenie dotyczące kwalifikacji
osoby realizującej zadania koordynowane przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
w Departamencie Komunikacji Społecznej i Zdrowia UML.**

Imię i nazwisko:

I. Wykształcenie wyższe istotne dla realizowanego zadania

- | | |
|---|--------------------------------|
| ☐ lekarz | specjalizacja:..... |
| ☐ pedagog studia I stopnia | specjalność:..... |
| ☐ pedagog studia II stopnia / jednolite* | specjalność:..... |
| ☐ prawnik | aplikacja:..... |
| ☐ psycholog | specjalność:..... |
| ☐ socjolog / pracownik socjalny* | studia I stopnia |
| ☐ socjolog / pracownik socjalny* | studia II stopnia / jednolite* |
| ☐ inne (jakie?) | |

II. Wykształcenie średnie lub policealne (istotne dla realizowanych zadań)

.....

III. Ukończone studia podyplomowe (kierunek i nazwa uczelni; ewentualne dodatkowe tytuły zawodowe)

.....
.....
.....

IV. Ukończone kursy i szkolenia specjalistyczne (istotne dla realizowanych zadań)

.....
.....
.....

V. Certyfikaty

- | | |
|---|--|
| ☐ mediator | |
| ☐ specjalista ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie | |
| ☐ instruktor terapii uzależnień | |
| ☐ specjalista terapii uzależnień | |
| ☐ inne (jakie?) | |

.....
data i podpis osoby, której dotyczy oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

W kratkach należy zaznaczyć odpowiednio krzyżykami i dopisać informacje uzupełniające.

UWAGA: każda osoba wymieniona w pkt. V.1 oferty jako realizator działań merytorycznych składa osobne oświadczenie.