**Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 2/2024**

**Wykaz Trenerów w zakresie radzenia sobie ze stresem wraz z obszarem ich działania**

1. **Obszar działania Trenerów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Obszar działania Trenerów w zakresie radzenia sobie ze stresem** | **Liczba Trenerów**  |
| 1 | Województwo dolnośląskie |  |
| 2 | Województwo kujawsko-pomorskie |  |
| 3 | Województwo lubelskie |  |
| 4 | Województwo lubuskie |  |
| 5 | Województwo łódzkie |  |
| 6 | Województwo małopolskie |  |
| 7 | Województwo mazowieckie |  |
| 8 | Województwo opolskie |  |
| 9 | Województwo podkarpackie |  |
| 10 | Województwo podlaskie |  |
| 11 | Województwo pomorskie |  |
| 12 | Województwo śląskie |  |
| 13 | Województwo świętokrzyskie |  |
| 14 | Województwo warmińsko-mazurskie |  |
| 15 | Województwo wielkopolskie |  |
| 16 | Województwo zachodniopomorskie |  |
| **Podsumowanie (liczba Trenerów łącznie działających na terenie wszystkich województw)** |  |

1. **Wykaz Trenerów wraz ze spełnianymi wymaganiami:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię | *Nazwisko* | Wykształcenie (min. średnie)*Wpisać* ***tak****, jeśli Trener spełnia warunek* | Ukończone szkolenie w zakresie Zatrudnienia Wspomaganego zgodnie ze standardami EUSE*Wpisać* ***tak****, jeśli Trener spełnia warunek* | Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w latach (min. 5 lat)*Wpisać* ***tak****, jeśli Trener spełnia warunek* | Zaświadczenie potwierdzające doświadczenie w prowadzeniu zajęć dot. radzenia sobie ze stresem*Wpisać* ***tak****, jeśli Trener spełnia warunek* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………
Data i podpis Wykonawcy/osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy