



Załącznik nr 4 do SIWZ

.....
(imię i nazwisko adres Wykonawcy/
pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB,
KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Funkcja	Część zamówienia	Imię i nazwisko	Podstawa dysponowania pracownikiem (jeśli dotyczy: pracownik własny, umowa zlecenie itp)
SORE III	III		
Koordinator sieci I – Sieć dyrektorów	VI		

....., dn.2013 r.

.....
(podpis Wykonawcy/osoby upoważnionej)



ŻYCIORYS ZAWODOWY OSOBY WYMIENIONEJ W WYKAZIE

1. Imię i Nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Wykształcenie:

<i>Instytucja</i>	<i>Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok)</i>	<i>Uzyskane stopnie i dyplomy</i>

4. Dodatkowe kursy, szkolenia przydatne do pełnienia funkcji w projekcie:

<i>Instytucja</i>	<i>Data: od (miesiąc/rok) do (miesiąc/rok)</i>	<i>Nazwa formy i zakres kształcenia</i>

5. Inne doświadczenie zawodowe związane z funkcją pełnioną w projekcie :

<i>Data (od.....do.....)</i>	<i>Miejscowość</i>	<i>Firma</i>	<i>Stanowisko</i>

Szczegółowy opis obowiązków:

6. Opublikowane przez siebie materiały, artykuły i książki :

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby realizacji projektu realizowanego w ramach „Wdrożenie zmodernizowanego systemu doskonalenia nauczycieli w Powiecie Hajnowskim”, w ramach POKL), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. .nr 133 poz. 883 z późn. Zmianami). Administratorem danych osobowych w rozumieniu ww. Ustawy jest Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki. Moja zgoda na przetwarzanie danych jest dobrowolna; znam swoje prawa w zakresie danych osobowych wynikające z przywołanej powyżej ustawy, w tym prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania.

.....
Podpis Wykonawcy lub osoby zatrudnionej przez Wykonawcę

„Wdrożenie zmodernizowanego systemu doskonalenia nauczycieli w Powiecie Hajnowskim”.

Realizator projektu: Powiat Hajnowski, 17-200 Hajnówka, ul. A. Zina 1, tel. (85) 682 27 18, fax 682 42 20, e-mail:starostwo@powiat.hajnowka.pl, www.powiat.hajnowka.pl