**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Wzór oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

**(osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej)**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie**

**ul. Piastowska 58**

 **38-400 Krosno**

**PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE[[1]](#footnote-1):**

Wykonawca, w tym wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia

**(dane dotyczące Wykonawcy)**

…………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko/ wykonawcy

…………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………

adres e-mail, numer telefonu

…………………………………………………………………………………………………

REGON **lub** PESEL

Podmiot udostępniający zasoby

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **Oświadczenie składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2021r.,** **poz. 1129 z późn. zm.) - dalej: ustawa Pzp****DOTYCZĄCE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawne"- edycja 2022” prowadzonego przez Zamawiającego**, oświadczam, że:**

**1. Informacja o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale VIII Specyfikacji Warunków Zamówieniaw zakresie\*

**\*zaznaczyć X w odpowiedniej poniższej odpowiedzi**

* posiadania dokumentu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 227), opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, pedagog, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, fizjoterapeuta **lub**
* posiadania co najmniej 6 – miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu,
* posiadania zaświadczenie o niekaralności,
* posiadania pisemnej informacji o niefigurowaniu w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym
* posiadania biegłej znajomości języka polskiego w mowie i piśmie,
* posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych,
* dysponowania stanem zdrowia pozwalającym na świadczenie ww. usług,
* posiadania odpowiednich predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji personalnych i społecznych tj.: empatia, cierpliwość, dyskrecja, odporność na stres, kultura osobista, umiejętność słuchania, umiejętność nawiązywania kontaktu z innymi,
* zapewnienia ciągłości realizacji usługi oraz nie będę podlegała wymianie na inną osobę w trakcie realizacji zamówienia, z wyjątkiem sytuacji losowych po zaakceptowaniu przez Zamawiającego,
* nie jestem prawomocnie skazana/y za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe,
* nie jest prawomocnie skazana/y za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu (art. 148 – 164 K.K.), przestępstwo przeciwko wolności (art. 189-194 K.K.), przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (art. 197-204 K.K.), przestępstwo przeciwko rodzinie i opiece (art. 206 – 208, 210-211a K.K.), przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów (art. 270 – 277 d K.K.), przestępstwo przeciwko mieniu (art. 278 – 282 K.K.).

**2. Informacja w związku z poleganiem wykonawcy na zasobach innych podmiotów[[2]](#footnote-2)**:

Oświadczam, że Wykonawca, w imieniu którego składane jest oświadczenie, w celu wykazania warunków udziału w postępowaniu polega na zasobach innych podmiotu/ów w zakresie warunku[[3]](#footnote-3) …………………………………………….

Dane podmiotu, na zasobach którego polega Wykonawca:

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

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

**3. Oświadczenie dotyczące podanych informacji:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

Miejsce i data

………..………………

……………………………

Podpis Wykonawcy

1. Odrębne oświadczenia składa wykonawca oraz podmiot udostępniający zasoby [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnia Wykonawca - tylko jeżeli polega na zasobach innych podmiotów na podstawie art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych. Rubryki nie wypełnia podmiot udostępniający zasoby. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wskazać pkt SWZ w którym ujęto warunek spełniany przez podmiot. [↑](#footnote-ref-3)