**Załącznik nr 2**

## **Usługa orzecznictwa lekarskiego w ramach** **kwalifikacji wstępnej uczestników do ośrodków rehabilitacji kompleksowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi ORKZP II w ramach projektu „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”**

**WYKAZ OSÓB**

**Imię i nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………..

**1. Wymóg:** wykształcenie wyższemedyczne (specjalizacja psychiatria)

|  |  |
| --- | --- |
| Wykształcenie z tytułem zawodowym  (mgr, dr,) |  |
| Nazwa uczelni, rok ukończenia |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy |  |
| Specjalizacja |  |

**2. Wymóg**: 3-letnie doświadczenie w realizacji zadań związanych z prowadzeniem diagnostyki psychiatrycznej osób z zaburzeniami psychicznymi

|  |  |
| --- | --- |
| Zleceniodawca (nazwa i adres) |  |
| Okres zatrudnienia od (dd-mm-rrrr) – do (dd-mm-rrrr) |  |
| 1. Zakres czynności potwierdzających doświadczenie w realizacji zadań związanych z prowadzeniem diagnostyki psychiatrycznej osób z zaburzeniami psychicznymi |  |

Tabelę należy powielać wymaganą ilość razy.

**3. Wymóg:** nie został/a ukarana karą dyscyplinarną (tzw. niekaralność zawodowa)

Oświadczam, że Pan/Pani ……………………………<wskazać imię i nazwisko> nie został/a ukarany/a karą dyscyplinarną (tzw. niekaralność zawodowa).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………...................  (miejscowość i data) | …………………………………...................  (podpis) |