**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………

………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………

……………………………………..

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezent*

***WYKAZ OSÓB***

Do realizacji przedmiotu zamówienia, na które złożyliśmy ofertę zostaną zaangażowane następujące osoby (Informacja dotycząca dodatkowych punktów w Kryterium **–** „Kryterium społeczne”):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zatrudnienie osoby/osób, o których mowa w art. 96 ust. 2 pkt 2 ustawy Pzp skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia.** | **liczba osób** |
| 1. | bezrobotnych w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy |  |
| 2. | osób poszukujących pracy, niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy |  |
| 3. | osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, |  |
| 4. | młodocianych, o których mowa w przepisach prawa pracy, w celu przygotowania zawodowego |  |
| 5. | osób niepełnosprawnych w rozumieniu [ustawy](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/rehabilitacja-zawodowa-i-spoleczna-oraz-zatrudnianie-osob-16798906) z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |  |
| 6. | innych osób niż określone w lit. a-e, o których mowa w [ustawie](https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zatrudnienie-socjalne-17040282) z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 176) lub we właściwych przepisach państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego |  |
| 7. | osób do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, posiadających status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia |  |

.......................................... dnia ..................................

 /miejscowość /data/

 **........................................................................**

Kwalifikowany podpis elektroniczny/

podpis zaufany/

podpis osobisty złożony zgodnie z Rozdziałem XI pkt 4SWZ

 przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)