***Załącznik nr 4a - Wykaz poświadczający spełnienie warunków udziału w postępowaniu   
dot. sporządzenia opinii o społeczno-gospodarczej potrzebie włączenia do ZSK***

***kwalifikacji wolnorynkowej „Koordynowanie strategii wyprzedzającej w placówkach edukacyjnych”***

Na podstawie art. 19 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2024 r., poz. 1606) zgłaszam gotowość do **sporządzenia opinii** dotyczącej społeczno-gospodarczej potrzeby włączenia **do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji -** kwalifikacji o nazwie „Koordynowanie strategii wyprzedzającej w placówkach edukacyjnych”.

**Dane podstawowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Telefon do kontaktu |  |
| Adres do korespondencji |  |
| E-mail |  |
| Aktualne miejsce pracy  (nazwa i adres) |  |

**Wymagania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Reprezentacja poszczególnych grup interesariuszy, których dana kwalifikacja dotyczy | Nazwy reprezentowanych grup podmiotów/organizacji/firm, których dana kwalifikacja dotyczy: | | |
|  | | |
|  | | |
| 2. Wykształcenie | Nazwa szkoły wyższej, tytuł zawodowy/stopień naukowy, zakres wykształcenia (kierunek studiów), data uzyskania dyplomu | | |
|  | | |
|  | | |
| 3. Doświadczenie praktyczne w dziedzinie, której dotyczy dana kwalifikacja:  *Prośba o podanie aktualnego doświadczenia uzyskanego od 01.01.2020 r.* | Forma w jakiej uzyskano doświadczenie (np. stosunek pracy, działalność gospodarcza itp., pracodawca/ zleceniodawca, nazwa stanowiska/ zakres wykonywanych czynności zawodowych) | Okres   (lata i miesiące) | Liczba półrocznych okresów |
| a. w wykonywaniu działań lub zadań, które potrafi wykonywać osoba posiadająca daną kwalifikację | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
|  |  |  |
| b. w ocenianiu jakości wykonywania działań lub zadań, które potrafi wykonywać osoba posiadająca daną kwalifikację | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
|  |  |  |
| c. w przygotowywaniu lub w ocenianiu przygotowania osób uczących się do podejmowania działań lub zadań, które potrafi wykonywać osoba posiadająca daną kwalifikację | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Suma |  |

**...................................................................... ………….......................................................................**

*(miejscowość, data) (imię, nazwisko, podpis)*