***Załącznik nr 4b - Wykaz poświadczający spełnienie warunków udziału w postępowaniu   
dot. wykonania porównania wymaganych efektów uczenia się dla kwalifikacji „Diagnozowanie, planowanie i prowadzenie terapii integracji sensorycznej” (dalej również jako “kwalifikacja”), z charakterystykami poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia oraz przygotowania rekomendacji - zgodnie z art. 21 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji***

Na podstawie art. 21 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 226) zgłaszam gotowość do wykonania porównania wymaganych efektów uczenia się dla kwalifikacji „Diagnozowanie, planowanie i prowadzenie terapii integracji sensorycznej” (dalej również jako “kwalifikacja”), z charakterystykami poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia oraz przygotowania rekomendacji - zgodnie z art. 21 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji

**Dane podstawowe**

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

**Wymagania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Wykształcenie | Nazwa szkoły wyższej, tytuł zawodowy/stopień naukowy, zakres wykształcenia (kierunek studiów), data uzyskania dyplomu | | |
|  | | |
|  | | |
| 2. Doświadczenie:  Prośba o podanie aktualnego doświadczenia uzyskanego od 01.01.2017 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 zakresie zbliżonym do 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 osób uczących się do podejmowania działań lub zadań, które potrafi wykonywać osoba posiadająca daną kwalifikację | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
|  |  |  |
| d. w ocenianiu przygotowania osób uczących się do podejmowania działań lub zadań, które potrafi wykonywać osoba posiadająca daną kwalifikację | 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Suma |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Wiedza na temat sporządzania opisu kwalifikacji, o którym mowa w art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, oraz na temat sposobu opisywania efektów uczenia się dla kwalifikacji, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy. | Sposób, w jaki została nabyta wiedza na temat opisu kwalifikacji oraz sposobu opisywania efektów uczenia się (doświadczenie praktyczne, udział w szkoleniach itp.) |

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

*(miejscowość, data) (imię, nazwisko, podpis kandydata na specjalistę)*

**Oświadczenia**

Ja niżej podpisana/podpisany\*, oświadczam, że:

* posiadam kompetencje pozwalające na ocenę poszczególnych efektów uczenia się w kwalifikacji rynkowej, której dotyczy oferta, oraz doświadczenie praktyczne w dziedzinie, której dotyczy ta kwalifikacja i jestem gotowa/gotowy\* do wykonania porównania wymaganych efektów uczenia się dla kwalifikacji z charakterystykami poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia oraz przygotowania rekomendacji;
* nie mają do mnie zastosowania podstawy wyłączenia wynikające z art. 24 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2017 poz. 1257 późn. zm.);
* nie uczestniczyłem/uczestniczyłam w jakikolwiek sposób ani w jakimkolwiek zakresie w przygotowywaniu opisu kwalifikacji lub opisu efektów uczenia się wymaganych dla kwalifikacji;
* jestem świadoma/świadomy\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Prawdziwość danych zawartych w niniejszym formularzu stwierdzam własnoręcznym podpisem;
* wyrażam zgodę na udostępnienie przez Ministra Edukacji i Nauki (ul. Wspólna 1/3 00-529 Warszawa) zawartych w tym formularzu danych osobowych Ministrowi Zdrowia (ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa). Celem udostępnienia jest udział Ministra Zdrowia w ocenie spełniania przez Pana/Panią\* warunków udziału w postępowaniu oraz w ocenie oferty;
* jestem świadoma/świadomy\*, że powyższa zgoda może zostać wycofana w każdym czasie poprzez złożenie oświadczenia odpowiedniej treści, w formie umożliwiającej potwierdzenie tożsamości osoby składającej oświadczenie na adres [lech.boguta@mein.gov.pl](mailto:lech.boguta@mein.gov.pl). Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem czynności przetwarzania dokonanych na podstawie wcześniej udzielonej zgody.

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

*(miejscowość, data) (imię, nazwisko, podpis kandydata na specjalistę)*