Załącznik nr 2: CV

Dotyczy zapytania ofertowego nr: OSU-III-261-1-15/2015

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **Część I: Wykształcenie**  |
|  |  |
| Nazwa ukończonej uczelni |  |
| Nazwa wydziału uczelni, kierunek,  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ostatni uzyskany tytuł lub stopień naukowy |  |
| Nazwa uczelni nadającej tytuł lub stopień naukowy: |  |
| Nazwa Wydziału |  |
|

|  |
| --- |
| **Część II: Udokumentowane doświadczenie zawodowe trenera związane z tematyką przestępczości transgranicznej narkotykowej** |
| \*W razie potrzeby skopiować poniższą tabelkę.  |
| Stanowisko |  |
| Miejsce pracy |  |
| Okres zatrudnienia (od- do) |  |
| Zakres wykonywanych zadań związanych z przestępczością transgraniczną narkotykową:  |  |

**Część III: Udokumentowane doświadczenie szkoleniowe trenera związanez przeprowadzeniem szkoleń dotyczących przestępczości transgranicznej narkotykowej, wykonanych w okresie ostatnich 5 lat lub krótszym** |
|  |
| Usługa nr  | 1 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie |  |
| Data wykonania usługi (od mm/rrrr- do mm/rrr) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr  | 2 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie |  |
| Data wykonania usługi(od mm/rrrr- do mm/rrr) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr  | 3 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie |  |
| Data wykonania usługi (od mm/rrrr- do mm/rrr) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr  | 4 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie |  |
| Data wykonania usługi (od mm/rrrr- do mm/rrr) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr  | 5 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie |  |
| Data wykonania usługi(od mm/rrrr- do mm/rrr) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usługa nr  | 6 |  |
| Nazwa przeprowadzonego szkolenia |  |
| Nazwa jednostki, dla której przeprowadzono szkolenie |  |
| Data wykonania usługi(od mm/rrrr- do mm/rrr) |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia niniejszego postępowania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych
osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis |