……………………………………………………………….

 **Załącznik nr 2**

 (nazwa Wykonawcy, dane adresowe)

**Doświadczenie Wykonawcy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres tematyczny** | **Wykaz form szkoleniowych zrealizowanych przez Wykonawcę** | **Nazwa Zleceniodawcy** | **Data realizacji** | **Liczba godzin** |
| Indywidualizacja pracy z uczniem, w tym z uczniem młodszymi zagrożonym wypadnięciem z systemu edukacji |  |  |  |  |
| Efektywne stosowanie pomocy dydaktycznych, w tym TIK w procesie nauczania |  |  |  |  |
| Rozpoznawanie i wspieranie potrzeb rozwojowych i edukacyjnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi |  |  |  |  |
| Łączna liczba godzin:  |  |

………………………………… …………………………………………………………………………………………………………..………

 (miejsce, data) (podpis przedstawiciela upoważnionego do reprezentowania Wykonawcy)