*Załącznik nr 2*

***OŚWIADCZENIA OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA***

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:** |

|  |
| --- |
| **Wykształcenie:** |
| InstytucjaData: od (miesiąc /rok) do (miesiąc /rok) | Uzyskane stopnie lub dyplomy ( kierunek studiów, specjalność): |
|  |  |
|  |  |

Oświadczam , że moje wykształcenie jest zgodne z dziedziną nauk ścisłych i przyrodniczych, dyscyplina naukowa informatyka (Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20.09.2018r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin artystycznych, Dz. U. poz. 1818)

…………………………………… …………………………………………

 *Miejscowość i data*  *Podpis Wykonawcy*

***OŚWIADCZENIA OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA***

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:** |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

Oświadczam , że posiadam **doświadczenie zawodowe** w pełnieniu funkcji ABI/inspektora ochrony danych osobowych (co najmniej 15 lat).

Doświadczenie zdobyłem/łam w pracy na poniższych stanowiskach:

|  |
| --- |
| **Doświadczenie zawodowe:** |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | Ilość lat pracy | Miejsce | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………… …………………………………………

 *Miejscowość i data*  *Podpis Wykonawcy*

***OŚWIADCZENIA OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA***

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:** |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

Oświadczam , że posiadam **doświadczenie zawodowe** w pełnieniu funkcji CISO (co najmniej 6 miesięcy).

Doświadczenie zdobyłem/łam w pracy na poniższych stanowiskach:

|  |
| --- |
| **Doświadczenie zawodowe:** |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | Ilość lat pracy | Miejsce | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………… …………………………………………

 *Miejscowość i data*  *Podpis Wykonawcy*

***OŚWIADCZENIA OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA***

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:** |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO**

Oświadczam , że posiadam **doświadczenie dydaktyczne** dotyczące przeprowadzenia szkoleń z zakresu ochrony danych osobowych w wymiarze nie niższym niż 200 godzin dydaktycznych na rok (ostatnie 3 lata)

Doświadczenie zdobyłem/łam w pracy na poniższych stanowiskach:

|  |
| --- |
| **Doświadczenie zawodowe:** |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | Ilość godzin | Miejsce | Firma | Stanowisko |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………… …………………………………………

 *Miejscowość i data*  *Podpis Wykonawcy*