

Imię i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Oświadczenie

w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy

Oświadczam, że korzystałem(am) / nie korzystałem(am)* z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków EFS w ramach „Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowany do osób pracujących i powracających do pracy w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń układu ruchu i obwodowego układu nerwowego związanych ze sposobem wykonywania pracy”.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnym podpisem, świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

*niepotrzebne skreślić