



Program 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 realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

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 finansowych 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