



*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