



*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:**.....

**Zielona Góra,** .....

**PESEL:**.....

**Adres zamieszkania:**.....

### **Oświadczenie**

**w ramach Programu polityki zdrowotnej dla województwa lubuskiego skierowanego 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 pozostaję w zatrudnieniu/samozatrudnieniu\*

w .....

.....

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

.....  
*czytelny podpis uczestnika projektu*

\* niepotrzebne skreślić