



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