



*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 O KORZYSTANIU ZE WSZYSTKICH DZIAŁAŃ MEDYCZNYCH**  
**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 przystępując do projektu pn. „*Realizacja przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. programu rehabilitacji zdrowotnej*” nr RPLB.06.07.00-08-0001/19, zobowiązuję się do wzięcia udziału we wszystkich zleconych świadczeniach zdrowotnych (cykle rehabilitacyjne), szkoleniach grupowych, konsultacji psychologicznej, konsultacji z lekarzem medycyny pracy zleconej podczas uczestnictwa w programie.

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

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu

\* niepotrzebne skreślić