\*niepotrzebne skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)1 nie korzystałem(am)\* z zabiegów rehabilitacyjnych finansowanych ze środków EFS w ramach „Programu polityki zdrowotnej d/a 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