



OŚWIADCZENIE
do Projektu

„Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim”

RPSL.11.03.00-24-0317/16

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię: | | PESEL*: | | | | | | | | | |
| Nazwisko: | | Brak PESEL: | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | | | | | | | | |
| Adres | | | | | | | | | | | |
| <p>Oświadczam, iż na dzień otrzymania pierwszej formy wsparcia w kursie prawa jazdy kat. C z projektu pod nazwą „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w woj. śląskim” , numer RPSL.11.03.00-24-0317/16 potwierdzam aktualność moich danych zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym.</p> | | | | | | | | | | | |
| Podpis Uczestnika Projektu | | | | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie (DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator projektu | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

*w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia