



**OŚWIADCZENIE**  
do Projektu

**„Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych  
dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych”**

POWR.05.04.00-00-0104/16

Oświadczam, iż ..... (*imię i nazwisko uczestnika*) jestem zatrudniony/-a w  
.....  
.....  
.....

(*nazwa placówki Pracodawcy*), podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ, na podstawie umowy o pracę/ umowy cywilno-prawnej\* i wykonuję czynności zawodowe dyspozytora medycznego.

Z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/-a podwyższeniem wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z zakresu procedur medycznych stosowanych w ramach Zintegrowanej Dyspozytorni Medycznej (ZDM).

Mieszkam lub/i\* pracuję na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie.

Oświadczam, iż na dzień otrzymania pierwszej formy wsparcia z projektu pod nazwą „Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych” , numer POWR.05.04.00-00-0104/16 potwierdzam aktualność moich danych zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym.

.....  
*MIEJSCOWOŚĆ I DATA*

.....  
*PODPIS UCZESTNIKA*

\*niepotrzebne skreślić