



OŚWIADCZENIE
do Projektu

„Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych”

POWR.05.04.00-00-0105/16

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 ratownika medycznego.

Z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/-a podwyższeniem wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z zakresu medycznych czynności ratunkowych w zagrożeniach środowiskowo-terenowych.

Jestem ratownikiem medycznym wchodzącym w skład, kandydującym lub wyrażam chęć kandydowania do Europejskiego Korpusu Medycznego (EMC).

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 „Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych”, numer POWR.05.04.00-00-0105/16 potwierdzam aktualność moich danych zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

PODPIS UCZESTNIKA

*niepotrzebne skreślić