

**OŚWIADCZENIE  
do Projektu**

**„Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w województwie łódzkim”**

RPLD.11.03.01-10-0081/16

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Imię:</b>  |  | <b>PESEL*:</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko:</b>  |  | <b>Brak PESEL:</b>   | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Oświadczam, iż na dzień otrzymania pierwszej formy wsparcia z projektu pod nazwą „Doskonalenie kwalifikacji ratowników medycznych w województwie łódzkim”, numer RPLD.11.03.01-10-0081/16 potwierdzam aktualność moich danych zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym.</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Podpis Uczestnika Projektu, data</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b><br>(DD-MM-RRRR) - wypełnia realizator projektu  |  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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