

**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 <input type="checkbox"/> nie								
<b>Adres</b>											
<p>Oświadczam, iż na dzień otrzymania pierwszej formy wsparcia w kursie prawa jazdy kat. C 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</b>											
<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b> (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