



Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW PROJEKTU:
„Akademia kwalifikacji medycznych. Program szkoleń dla przedsiębiorstw branży medycznej”**

Ja.....(imię i nazwisko)

posiadający nr PESEL:..... oświadczam, iż w związku ze zgłoszeniem do projektu: „Akademia kwalifikacji medycznych. Program szkoleń dla przedsiębiorstw branży medycznej” **spełniam łącznie kryteria kwalifikowalności do projektu:**

Jestem zatrudniony / prowadzę działalność gospodarczą¹ na terenie województwa lubelskiego.

Moim miejscem zatrudnienia na terenie województwa lubelskiego jest:

.....
(nazwa i adres zakładu pracy)

.....
Czytelny podpis

Jestem zatrudniony w przedsiębiorstwie z branży opieki zdrowotnej

.....
Czytelny podpis

Jestem osobą zatrudnioną na podstawie:

- samo zatrudniony (właściciel),**
- umowy o pracę,**
- powołania,**
- wyboru,**
- mianowania,**
- spółdzielczej umowy o pracę (zakreślić właściwe)**

.....
Czytelny podpis

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych informacji.

.....
Czytelny podpis

W przypadku podania przez uczestnika projektu nieprawdziwych informacji lub uznania udziału uczestnika przez jakikolwiek organ uprawniony do kontroli w ramach PO KL za niekwalifikowany na każdym etapie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu Organizator Projektu – Fundacja Centrum Rozwoju Lokalnego wystąpi do uczestnika o zwrot kary finansowej nałożonej przez organ kontrolny.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis

.....
¹ Właściwe zakreślić