



Projekt „Rehabilitacja lecznicza- działania Szpitala im. Kopernika w Łodzi na rzecz aktywności zawodowej„ (FELD.08.04-IZ.00-0055/25)
jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego
2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem

załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

REH_LECZN_A02

--	--	--	--

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU

„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”

Imię i nazwisko uczestnika/czki projektu:	
---	--

Oświadczam, że w projekcie pn. „Rehabilitacja lecznicza - działania Szpitala im. Kopernika w Łodzi na rzecz aktywności zawodowej” realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystała ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub
 - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
data i podpis Kandydata/tki