**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