**OŚWIADCZENIE  
do Projektu**

**„Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych”   
POWR.05.04.00-00-0104/16**

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 dyspozytora medycznego.

Z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/-a podwyższeniem wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z zakresu procedur medycznych stosowanych w ramach Zintegrowanej Dyspozytorni Medycznej (ZDM).

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 „Podnoszenie kompetencji zawodowych dyspozytorów medycznych dyżurujących w Zintegrowanych Dyspozytorniach Medycznych” , numer POWR.05.04.00-00-0104/16 potwierdzam aktualność moich danych zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….………………… | ………..………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *PODPIS UCZESTNIKA* |

\*niepotrzebne skreślić