

Załącznik 1



Rzeczpospolita  
Polska



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego



### Oświadczenie uczestnika Programu

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie.

2. Oświadczam, że:

- nie posiadam wydanego orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy;
- nie korzystam obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym/przebyłym leczeniem onkologicznym finansowanych z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Informacja dodatkowa: Beneficjent realizujący projekt ma możliwość wystąpienia za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego do ww. instytucji o informacje dotyczące świadczeń udzielanych dla poszczególnych pacjentów.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis uczestnika Programu