

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, iż na dzień składania formularza zgłoszeniowego nie ma przeciwwskazań do korzystania przeze mnie z placówki, jednocześnie zobowiązuje się do dostarczenia potwierdzenia w postaci zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego możliwość/wskazanie do korzystania z usług usprawniająco – aktywizujących *placówki dziennej opieki dla osób 60+* , przed rozpoczęciem terapii zajęciowej i ruchowej, co jest obligatoryjne w celu skorzystania z dodatkowego wsparcia.

.....
podpis

Projekt: „DOM SENIORA W PAŁECZNICY”

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020,
oś Priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2, Poddziałanie 9.2.3, z Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr projektu: RPMP.09.02.03-12-0480/17