



FORMULARZ - 1

OŚWIADCZENIA

NAZWISKO

IMIĘ:

PESEL:

„Ja, niżej podpisany(a) wyrażam z własnej inicjatywy chęć uczestnictwa w zajęciach w ramach projektu „Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w województwie świętokrzyskim” realizowanego przez Ogólnopolskie Centrum Nauczania Pierwszej Pomocy i Bezpieczeństwa Krzysztof Witek finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego i deklaruje, że dołożę wszelkich starań, aby uczestniczyć w tych zajęciach, a poprzez udział w niniejszym projekcie pragnę podwyższać lub dostosowywać kwalifikacje zawodowe do potrzeb rynku pracy”.

„Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Rekrutacji oraz Regulaminu Uczestnictwa w Kursie ILS obowiązującymi w ramach projektu „Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w województwie świętokrzyskim” realizowanego przez Ogólnopolskie Centrum Nauczania Pierwszej Pomocy i Bezpieczeństwa Krzysztof Witek i zobowiązuje się ich przestrzegać.”

„Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że moje miejsce zamieszkania to miejscowość w województwie świętokrzyskim. Ponadto oświadczam, że w dniu rekrutacji na Kurs ILS posiadam wykształcenie nie wyższe niż wykształcenie średnie.”

„Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które może się odbyć 6 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie „Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w województwie świętokrzyskim” realizowanym przez Ogólnopolskie Centrum Nauczania Pierwszej Pomocy i Bezpieczeństwa Krzysztof Witek.”

„Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że w przypadku nie zakwalifikowania mnie do kursu do którego obecnie aplikuję wyrażam chęć udziału w następnych kursach tego samego typu organizowanych w ramach projektu „Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w województwie świętokrzyskim” realizowanego przez Ogólnopolskie Centrum Nauczania Pierwszej Pomocy i Bezpieczeństwa Krzysztof Witek. Równocześnie w razie potrzeby, na wezwanie Kierownika projektu zobowiązuję się dostarczyć aktualne wymagane dokumenty.”

Data, podpis Beneficjenta

Podpis osoby przyjmującej – Kierownik projektu

