



Projekt „**Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym**”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 14 Oświadczenie dotyczące usług zdrowotnych do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym”

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USŁUG ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany(a).....  
(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały(a):.....  
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

W związku z objęciem wsparciem poprzez świadczenie opieki zdrowotnej, tj. usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych w ramach projektu pn. „Rozwój usług pielęgnacyjno - rehabilitacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom niesamodzielnym”” pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że świadczenia opieki zdrowotnej objęte projektem nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, ponieważ:

- wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej
- gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana ze środków publicznych w okresie trwania projektu.

Jednocześnie, w przypadku objęcia wsparciem w projekcie w postaci usług zdrowotnych, oświadczam, że nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata – 2014- 2020

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU  
(opiekuna faktycznego/ prawnego)