

Załącznik nr 6  
do Regulaminu Projektu „Aktywna rehabilitacja sposobem na aktywność zawodową”  
WND-RPSL.08.03.02-24-00G6/19

Imię	
Nazwisko	
Adres Zamieszkania	

### Oświadczenie

Oświadczam, że w okresie ostatnich 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu nie korzystałem/łam ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu jednostek chorobowych: M15, M16, M17, M18, M19, M47, M50, M51, M54.

Goczałkowice Zdrój, dnia .....

Data i podpis uczestnika projektu

**Upoważniam \*/Nikogo nie upoważniam\*** Panią/Pana:

Imię	
Nazwisko	
Adres Zamieszkania	
Numer telefonu	

Do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania dokumentacji medycznej w tym również w przypadku mojego zgonu.

\* Niepotrzebne skreślić

Goczałkowice Zdrój, dnia .....

Data i podpis uczestnika projektu