

## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany/a .....

zam. w .....  
oświadczam , że jestem uczestnikiem projektu „Nowe kwalifikacje zawodowe dla podkarpackich pielęgniarek i położnych” nr RPPK.09.05.00-IP.01-18-017/17 realizowanego przez firmę SIS-CO Artur Dębiński, w ramach Kursu: **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, Pielęgniarstwo Rodzinne \*** i wnioskuję o przyznanie mi zwrotu kosztu opieki nad **osobą zależną** :

1 .....  
(Imię nazwisko osoby zależnej ) (stopień pokrewieństwa) (data urodzenia)

na czas mojego uczestnictwa w szkoleniu w ramach w/w Projektu , z uwagi na fakt , iż osoba ta ze względu na :

- **stan zdrowia\*/ wiek\*/** ..... , wymaga stałej opieki .  
(inne przyczyny)

Jednocześnie **oświadczam** , że z wyżej wymienionym łączą mnie :

**więzy rodzinne\***,

**powinowactwo\***,

**pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym\***,

jak również , że zachodzi niezbędność ponoszenia kosztów związanych z wynajęciem osoby do sprawowania opieki nad wyżej wymienionym na czas mojego uczestnictwa w zajęciach.

**Średni dochód na jednego członka mojej rodziny z okresu ostatnich 12 miesięcy wynosi**  
..... PLN miesięcznie na osobę .

**Słownie** .....

W przypadku przyznania mi dofinansowania, proszę o dokonanie przelewu na konto:

Właściciel konta .....

Adres właściciela konta .....

Nazwa Banku .....

Nr konta .....

Mój telefon kontaktowy : ..... e mail: .....  
(proszę wpisać czytelnie)

..... ,dnia.....

.....  
Podpis

**\* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ !!!**