



## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU DOTYCZĄCE NIEKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH Z INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Zgłaszając się do udziału w projekcie nr **FELD.08.04-IZ.00-0018/24 pt. „ŻYJ I PRACUJ W DOBRYM ZDROWIU - program rehabilitacji leczniczej Medical Magnus”**, w ramach „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” **oświadczam, że nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:**

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Łódź, .....

(miejsowość, data)

.....

czytelny podpis - imię i nazwisko Uczestnika