



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

## **OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO**

Ja, niżej podpisany(a),

.....  
(Imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zam.....

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Telefon kontaktowy: .....

Nr PESEL: .....

wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie organizowanym przez firmę **Inspirations Media** p.n.

**„Akademia Ratownictwa Medycznego – kursy zawodowe dla przedstawicieli kadr medycznych z Małopolski”** realizowanym w ramach Poddziałania 8.1.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie, ponieważ:

1. jestem pracującą osobą dorosłą, wykonującą pracę na podstawie\*:

- a) umowy o pracę
- b) powołania
- c) wyboru
- d) mianowania
- e) spółdzielczej umowy o pracę
- f) umowy zlecenia
- g) umowy o dzieło

2. spełniam wszystkie kryteria określone we wniosku o dofinansowanie:

Zatrudnienie na stanowisku ratownika medycznego/pracownika służb medycznych/pracownika jednostki współpracującej z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zamieszkanie lub zatrudnienie w woj. małopolskim.

Nieprowadzenie działalności gospodarczej.

.....  
*podpis przyjmującego oświadczenie*

.....  
*miejscowość, data, czytelny podpis beneficjenta ostatecznego*

\* należy zaznaczyć właściwą kategorię



**Krakowskie Pogotowie Ratunkowe**  
ul. Łazarza 14  
31-530 Kraków  
tel. (012) 424-42-08  
lub (012) 424-42-13



**Inspirations Media**  
ul. Olszanicka 85  
30-241 Kraków  
tel. (0-12) 357-68-31  
e-mail: [biuro@insmedia.pl](mailto:biuro@insmedia.pl)