



ZPORR
Zintegrowany Program
Operacyjny
Rozwoju Regionalnego

EFŚ
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ - 8

OŚWIADCZENIE O CHĘCI UDZIAŁU W NASTĘPNYCH KURSACH

NAZWISKO

IMIĘ:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

„Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że w przypadku nie zakwalifikowania mnie do kursu do którego obecnie aplikuję wyrażam chęć udziału w następnych kursach tego samego typu organizowanych w ramach „Podnoszenie kwalifikacji i umiejętności pracowników ochrony zdrowia w Małopolsce” realizowanego przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie”. Równocześnie w razie potrzeby, na wezwanie Koordynatora projektu zobowiązuję się dostarczyć aktualne wymagane dokumenty”

Data, podpis Beneficjenta

Podpis osoby przyjmującej – Koordynator projektu