Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU**

Oświadczam, że w projekcie pn. **„Po pierwsze zdrowiej, po drugie pracuj!”**

realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystać 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:

o „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub

o „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub

o „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.

…………………………………………………..

data i podpis Kandydata/tki