Załącznik nr 3

Nr Kursu.....
Imię i Nazwisko…….
PESEL……..

Oświadczenie o usprawiedliwionej nieobecności na Kursie realizowanym w ramach projektu „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19".

Niniejszym oświadczam, iż z przyczyn niezależnych ode mnie, tj. z powodu /proszę podać przyczynę nieobecności na Kursie/
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……nie będę mogła/mógł wziąć w nim udziału * / nie mogłam/mogłem wziąć w nim udziału *.

Równocześnie oświadczam, że:
1) znane mi są warunki „REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, Działanie Nr 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia w pn. „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19".

2) jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i potwierdzam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Czytelny podpis, data

*Niewłaściwe skreślić