

....., dn.....
(imię i nazwisko) (miejsowość)
.....
(ulica, nr domu)
- - - - -
(kod) (miejsowość)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że spełniam wymagania zawarte w § 4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), tj.:

- zostałem/am skierowany/a na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje;
- nie uzyskałem/am dofinansowania ze środków Funduszu do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym wroku;
- wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
- wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
- będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am;
- nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
- w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych

tel.

e- mail:

.....
(czytelny podpis uczestnika)