

Numer projektu	RPPK.09.05.00-18-0069/17
Tytuł projektu	Podnoszenie kwalifikacji zawodowych os. dorosłych z woj. podkarpackiego
Oś priorytetowa	IX Jakość edukacji i kompetencji w regionie
Działanie	9.5 Podnoszenie kompetencji osób dorosłych w formach pozaszkolnych

**OŚWIADCZENIE**  
**o spełnianiu warunków pozwalających na udział w kursie ILS**

Ja niżej podpisany/a: \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko)

PESEL: \_\_\_\_\_

**Oświadczam, że:**

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Mój stan zdrowia pozwala na udział w szkoleniu z zakresu ILS.
3. Mam wykształcenie medyczne (ratownik medyczny, pielęgniarka, lekarz) lub jestem studentem/studentką ostatniego roku kierunku medycznego (ratownictwo medyczne, pielęgniarstwo, lekarski).

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis)