**Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”**



**Oświadczenie uczestnika/uczestniczki w projekcie pn.**

**„Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”**

**Biuro Projektu:**

***Przychodnia Lekarska Szombierki sp. z o.o.***

ul. Orzegowska 52 a

Tel./Fax.: 322819794

Ja niżej podpisany/a: …………………………………..........…………………………………….

(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały/a …………………………………………….......…………………………………..

………………………………………………………………......…………………………….......

(adres zamieszkania)

Pesel ......................................................................................................................................

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że:**

⬜ w trakcie trwania projektu „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom” nie uczestniczę i nie będę uczestniczył/ uczestniczyła w innych podobnych projektach współfinansowanych ze środków UE.

⬜ zamieszkuję (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego1) na terenie podregionu bytomskiego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Data i miejsce] [Czytelny podpis Uczestnika Projektu]*

1 ***Osoba zamieszkała*** *w rozumieniu Kodeksu Cywilnego: Rozdział II art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.*