



„Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ w Chełmie”

Biuro projektu: ul. Pocztowa 54, 22-100 Chełm,
pokój 205, godz. 8.00 – 15.30
tel.: 82 564 04 06
e-mail: projektpielgniarstwo@pwsz.chelm.pl
www.pwsz.chelm.pl

WZÓR

Chełm, dnia 2018 roku

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany/-a,
zamieszkały/-a

nr PESEL, będący studentem/studentką studiów stacjonarnych na kierunku Pielęgniarstwo PWSZ w Chełmie, deklarujący chęć udziału w Projekcie „Program rozwojowy dla kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ Chełmie” oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą zależną/*

.....
(imię, nazwisko i data urodzenia osoby zależnej)

.....
data, czytelny podpis

/* Za osobę zależną uznaje się osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnym lub powinowactwem ze studentem/studentką – Potencjalnym Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu lub pozostającą ze studentem/studentką we wspólnym gospodarstwie domowym.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

