

 <p>MIEJSKIE CENTRUM OPIEKI DLA OSÓB STARSZYCH, PRZEVIĘKLE NIEPEŁNOSPRAWNYCH ORAZ NIESAMODZIELNYCH W KRAKOWIE</p>	<p>Program profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków</p>	<p>Strona: 1 / 1</p>
--	--	----------------------

Kraków, data

Imię i nazwisko:

Pesel:

OŚWIADCZENIE

W związku z uczestnictwem w „**Programie profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków**” oświadczam, iż w chwili przystąpienia do programu oraz w okresie miesiąca poprzedzającego kwalifikację, a także w trakcie udziału w programie, nie korzystałem(am) i nie korzystam ze środków publicznych na świadczenia rehabilitacji leczniczej z powodu dysfunkcji narządu ruchu.

podpis