



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

wyrażam gotowość udziału w projekcie „**Aktywna integracja-równe szanse-lepsza przyszłość**” realizowanym przez **College Medyczny Adrian Lipa w Kielcach** w okresie od 01.01.2017 do 30.12.2018 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla EFS ,Oś 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych, Poddziałanie 9.2.1 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych (projekty konkursowe).

.....
(data, czytelny podpis Uczestnika lub Opiekuna Prawnego)



College Medyczny, ul. Wesola 19/3, 25-305 Kielce, Email: sekretariat@college-med.pl Telefon: 41-33-08-800