**DEKLARACJA KORZYSTANIA ZE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU**

**W OKRESIE ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

w ramach projektu pn. „„Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o.o.”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020

9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,

Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,

Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie

Nr projektu RPMP.09.02.01-12-0006/18

|  |
| --- |
| DANE OSOBOWE |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL  |  |
| Deklaruję chęć korzystania ze zwrotu kosztów dojazdu w ramach projektu* Tak
* Nie

…………………………………………………Data i czytelny podpis  |