

Wrocław dnia ………………………

……………………………………………..

Imię i nazwisko

……………………………………………..

PESEL

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że w dniu ………………………………… tj. rozpoczęcia kursu *European Trauma Course*  / *Intensywnego Praktycznego Kursu Chirurgii Endoskopowej u Dzieci****\****, realizowanego w ramach projektu pn.: „Rozwój praktycznego kształcenia podyplomowego lekarzy w Centrum Symulacji Medycznej we Wrocławiu”, o numerze POWR.05.04.00-00-0166/18 **jestem czynnym zawodowo lekarzem**.

Na podstawie Regulaminu konkursu cz. *II. Wymagania konkursowe* pkt 7 *Grupa docelowa projektu* oraz zgodnie z zapisami Wnioskuo dofinansowanie projektu, pkt.3.2: Grupą docelową projektu są czynni zawodowo lekarze, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie. **Mogą to być zarówno lekarze zatrudnieni w podmiotach leczniczych, jak i lekarze wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej**, którzy po ukończeniu kursu doskonalącego pogłębią swoją wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie umiejętności chirurgicznych dotyczących procedur endoskopowych i postępowania w ciężkich obrażeniach ciała.

**……………………………………….**

data i podpis uczestnika projektu