



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 4 do Regulaminu

**ZGODA NA WERYFIKACJĘ W ZUS OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KI
DOTYCZĄCEGO SPEŁNIENIA KRYTERIUM KWALIFIKOWALNOŚCI
DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

Imię i nazwisko Kandydata/ki:

PESEL:

W związku z ubieganiem się o udział w Projekcie pn. „**Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o.**” o nr FELD.08.04-IZ.00-0010/25, wyrażam zgodę i upoważniam Beneficjenta Projektu tzn.

Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. do wystąpienia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) o informację niezbędną do weryfikacji spełnienia przeze mnie kryterium kwalifikowalności udziału w Projekcie, tj. ustalenia, czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nie korzystałem/am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych.

Upoważnienie obejmuje pozyskanie i przetwarzanie informacji wyłącznie w zakresie niezbędnym do:

- oceny spełnienia kryteriów udziału w Projekcie,
- potwierdzenia kwalifikowalności Uczestnika/czki,
- udokumentowania prawidłowości rekrutacji i rozliczenia Projektu.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oraz przyjmuję do wiadomości możliwość obciążenia mnie kosztami udzielonego wsparcia w ramach Projektu, w przypadku, gdy – na skutek podania przeze mnie nieprawdziwych informacji – zostaną one uznane za niekwalifikowalne.

.....
data i podpis Kandydata/ki