„PROGRAM ROZWOJU AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU”
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr wewnętrzny projektu 1/POKL/4.1.1./2008

Wrocław, dnia …….. r.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Numer wewnętrzny projektu 1/POKL/4.1.1./2008

Ja, niżej podpisana/y ……

deklaruję udział w projekcie pt. „Program rozwoju Akademii Medycznej we Wrocławiu” realizowanym przez Akademię Medyczną im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w ramach:

Priorytetu 4. Szkolnictwo wyższe i nauka

Działanie 4.1. Wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego uczelni oraz zwiększenie

liczby absolwentów kierunków o kluczowym znaczeniu dla gospodarki opartej na wiedzy

Poddziałanie 4.1.1. Wzmocnienie potencjału dydaktycznego uczelni

Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w terminie:

od …….. r. (data rozpoczęcia udziału w projekcie)

do …….. r. (data zakończenia udziału w projekcie).

Jednocześnie oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w ww. Projekcie, zgodnie z Regulaminem zamieszczonym na stronie internetowej www.pokl.am.wroc.pl

Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku złożenia oświadczenia o kwalifikowalności uczestnika projektu niezgodnego z prawdą i wiążącego się z tym obowiązku zwrotu środków - Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu ma prawo dochodzić roszczeń od uczestnika projektu w drodze powództwa cywilnego.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

……

PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU