

## Wzór oświadczenia o miejscu zamieszkania

Oświadczenie o miejscu zamieszkania<sup>1</sup>

.....  
*Imię i nazwisko uczestniczka*

.....  
*Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)*

Ja niżej podpisana oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2020-2023” mieszkam na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Oświadczam, że otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....  
*Miejscowość, data i podpis uczestniczka*

Oryginał/kopia<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art.25 k.c.) miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

---

**MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY**



	Płock	Oddział Warszawa	Oddział Radom
Tel:	24 262 87 48	22 560 00 40	48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl
	NIP: 774-15-46-233	REGON 000301569	KRS 0000139991

**Świadoma zgoda na udział „Programie polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2020-2023”**

.....  
*Imię i nazwisko uczestnika*

.....  
*Adres korespondencyjny (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)*

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2020-2023” oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałem poinformowany o tym, że program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....  
*Data i podpis uczestnika*

Oryginał/kopia<sup>3</sup>

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić

---

Tel:	Płock 24 262 87 48	o/Warszawa 22 560 00 40	o/Radom 48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl
	NIP: 774-15-46-233	REGON 000301569	KRS 0000139991