



MAZOWIECKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK
MEDYCYNY PRACY
SPZOZ

Program polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata
2024-2026

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

.....
Imię i nazwisko uczestniczki

.....
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 2024-2026” 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 uczestniczki

Oryginał/kopia**

*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.

**Niepotrzebne skreślić

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego

					
Płock Warszawa Radom	ul. Kolegialna 17 Al. Wojska Polskiego 25 ul. Rodziny Winczewskich 5	24 267 84 52 22 560 00 40 48 330 93 22	24 262 88 42 22 560 00 41 48 330 93 23	plock@mwomp.pl warszawa@mwomp.pl radom@mwomp.pl	NIP: 774 15 46 233 Regon: 000301569 KRS: 0000139991

Mazowsze.
serce Polski