Imię\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczenie odpowiedzialności karnej**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych, przedstawionych w celu uzyskania pomocy finansowej w ramach projektu MedMobilityPoland realizowanego przez Fundację Wolność i Demokracja.

Data i czytelny podpis

Transliterowany czytelny podpis imieniem i nazwiskiem   
(jak w paszporcie zagranicznym)