

Załącznik nr 6
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ KWALIFIKACJI MEDYCZNEJ

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data kwalifikacji lekarskiej	
Data kwalifikacji fizjoterapeutycznej	
Powód zakwalifikowania	
Powód odmowy zakwalifikowania	

.....
Data i podpisy osób dokonujących kwalifikacji

ZATWIERDZAM:

.....
KIEROWNIK PROJEKTU