



Załącznik nr 4

**Oświadczenie Beneficjenta/Pracodawcy
Projekt: „Urząd Miasta Białogard wspiera pracowników”**

Numer: RPZP.06.08.00-32-K104/22

W imieniu Urzędu Miasta w Białogardzie oświadczam, że:

Pan/Pani:

Nr Pesel:

1. Jest zatrudniona/y w Urzędzie Miasta w Białogardzie w wymiarze minimum ½ etatu na podstawie umowy o pracę,
2. jest osobą narażoną na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy - tryb pracy siedzący, przy komputerze.

.....
Miejsce, data i podpis Beneficjenta

Załączniki:

1. Deklaracja ZUS RCA z kodem ubezpieczenia 0110 wraz z potwierdzeniem ich złożenia.