.....
(Imię i nazwisko Uczestnika)

.....
(adres)

PESEL | | | | | | | | | | |

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ

projektu „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi"
numer WND-RPSL.08.03.02-24-03AA/19
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020
realizowanego przez MEDEA CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Program rehabilitacji leczniczej u osób z zaburzeniami psychicznymi afektywnymi i nerwicowymi", tj.:
   - **jestem mężczyzną w wieku 18 – 64 lata / kobietą w wieku 18 – 59 lat*** (*niewłaściwe skreślić*),
   - **zamieszkuję na terenie województwa śląskiego** w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego,
   - **jestem aktywny/a zawodowo / deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia*** (*niewłaściwe skreślić*),
   - rozpoznano u mnie zaburzenia depresyjne nawracające (F33) / zaburzenia lękowe uogólnione (F41.1) / zaburzenia stresowe pourazowe (F.43.1) / zaburzenia adaptacyjne (F43.2)* i leczenie właściwe ww. zaburzeń zostało zakończone (*niewłaściwe skreślić*),
   - **nie korzystałem/am ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu niżej wymienionych jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu**:
     - zaburzenia depresyjne nawracające (F33),
     - zaburzenia lękowe uogólnione (F41.1),
     - zaburzenia stresowe pourazowe (F.43.1),
     - zaburzenia adaptacyjne (F43.2),
   - nie stwierdzono u mnie przeciwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym,
   - posiadam dostęp do telefonu komórkowego / stacjonarnego* (*niewłaściwe skreślić*),
   - nie posiadam orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy.

2. Uprzedzony/a o odpowiedzialnościza złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

..... ……

MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKT