...................................

(Imię i nazwisko Uczestnika)

....................................

(adres)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ**

**projektu „****Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Częstochowie i powiecie częstochowskim, w poradni Nasza Przychodnia”**

**”**

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie **„Program rehabilitacji leczniczej w przewlekłych chorobach kości i stawów oraz mięśni w Częstochowie i powiecie częstochowskim, w poradni Nasza Przychodnia”** ”, tj.:
* **jestem mężczyzną w wieku 50 – 64 lata / kobietą w wieku 50 – 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),
* **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**:
* zwyrodnienia wielostawowe (M15)
* choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (koksartroza) (M16)
* choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza) (M17)
* choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo-śródręcznego (M18)
* inne choroby zwyrodnieniowe (M19)
* zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47)
* choroby kręgów szyjnych M47)
* inne choroby krążka międzykręgowego (M51)
* bóle grzbietu (M54)
* nie stwierdzono u mnie przeciwskazań zdrowotnych do skorzystania ze świadczeń rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.
1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

............................................... ………………..………………………………

 MIEJSCOWOŚĆ, DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKT