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

(Imię i nazwisko Uczestnika)

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

(adres)

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

PESEL

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ**

**projektu „Program rehabilitacji u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”**

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 u osób z rozpoznaniem chorób afektywnych i nerwicowych”, 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),
* chorowałem/am na 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)
1. 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