



Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE O WYSTĘPOWANIU TRUDNOŚCI W ZAKRESIE ZDROWIA
PSYCHICZNEGO U UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU
„KAMIEŃ MIŁOWY DO SAMODZIELNOŚCI. Program integracji społecznej
i zawodowej w Gminie Kamionka”**

Nr Projektu: RPLU.11.01.00-06-0022/19

Imię i Nazwisko:.....

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że występują u mnie trudności w zakresie zdrowia psychicznego.

W związku z powyższym w okresie dwóch ostatnich lat (poprzedzających udział w projekcie) korzystałem/am z pomocy świadczonej, w co najmniej 1 z wymienionych form*:

- konsultacja psychologiczna,
- konsultacja psychiatryczna w poradni specjalistycznej,
- konsultacja w poradni rodzinnej, ośrodka interwencji kryzysowej lub ośrodka terapii uzależnień,
- terapia (psychoterapia) prowadzona przez psychologa, psychiatrę, terapeutę uzależnień,
- pozostawałam pod stałą opieką placówki realizującej świadczenia w obszarze zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień,
- byłam hospitalizowany/a z powodu zaburzeń psychicznych.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA

* Należy zaznaczyć znakiem krzyżyka co najmniej jedną z wymienionych opcji