



## Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE O WYSTĘPOWANIU TRUDNOŚCI W ZAKRESIE ZDROWIA  
PSYCHICZNEGO U UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU  
„AKTYWNI I KOMPETENTNI. Program integracji społecznej i zawodowej w Gminie  
Jeziorzany” Nr projektu RPLU.11.01.00-06-0021/19**

Imię i Nazwisko:.....

Upředzony/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