



Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O WYSTĘPOWANIU TRUDNOŚCI W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO U UCZESTNICZKI PROJEKTU „POMOST DO ZATRUDNIENIA”

Nr Projektu: RPLU.11.01.00-06-0041/18

Imię i Nazwisko:.....

Uprzedzona 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) korzystałam 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 KANDYDATKI

* Należy zaznaczyć znakiem krzyżyka co najmniej jedną z wymienionych opcji