

OŚWIADCZENIE O WYSTĘPOWANIU TRUDNOŚCI W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO U UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

„AKADEMIA PRACY”

Nr Projektu: RPLU.11.01.00-06-0086/17

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,
- ☐ pozostawałem/am pod stałą opieką placówki realizującej świadczenia w obszarze zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień,
- ☐ byłem/am hospitalizowany/a z powodu zaburzeń psychicznych.

Miejscowość i data

Czytelny podpis kandydata/ki

* Należy zaznaczyć znakiem krzyżyka co najmniej jedną z wymienionych opcji