

**OŚWIADCZENIE O WYSTĘPOWANIU TRUDNOŚCI W ZAKRESIE ZDROWIA
PSYCHICZNEGO U UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI
PROJEKTU
„Bez barier na lubelskim obszarze metropolitalnym”**

Nr projektu RPLU.11.01.00-06-0165/16

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