**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O WYSTĘPOWANIU TRUDNOŚCI W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO U UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU  
*„KOMPETENTNI ZAWODOWCY”***

Nr Projektu: RPLU.11.01.00-06-0216/17-00

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, ośrodku interwencji kryzysowej lub ośrodku 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