

załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU WYŁĄCZENIA Z MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z USŁUG OFEROWANYCH W PROJEKCIE

(wypełnia UCZESTNIK/UCZESTNICZKA)

Ja (imię i nazwisko).....

a) oświadczam, że nie jestem wyłączonej/wyłączonyj z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: **„Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej”**, które zostały wskazane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa tj.: jestem osobą która mieszka na obszarze województwa śląskiego, z rozpoznaną przewlekłą chorobą układu kostno-stawowego lub mięśniowego, w wieku od 50 do 59 roku życia w przypadku kobiet oraz od 50 do 64 roku życia w przypadku mężczyzn, aktywną zawodowo lub deklarującą gotowość do podjęcia zatrudnienia, w okresie udzielanego wsparcia.

b) w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do projektu nie korzystałem/łam ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, KRUS, ZUS lub PFRON w adekwatnej jednostce chorobowej,

c) nie korzystam ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń rehabilitacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych,

d) oświadczam, że nie korzystam w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty/ta w ramach projektu: **„Rehabilitacja skutecznym sposobem na walkę z przewlekłymi chorobami układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz utrzymanie aktywności zawodowej”**,

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika