

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

(wypełnia KANDYDAT/KANDYDATKA)

Ja (imię i nazwisko).....

a) oświadczam, że nie jestem wyłączonej/-na z możliwości korzystania z usług oferowanych w ramach projektu: **Aktywni w pracy - udostępnienie usług diagnostycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu ułatwienia pozostania w zatrudnieniu i powrotu na rynek pracy osobom z zapalnymi chorobami układu kostno- stawowego i mięśniowego**, 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 z środków UE z pomocy/świadczeń, którymi zostaną objęty/-ta w ramach projektu: **Aktywni w pracy - udostępnienie usług diagnostycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych w celu ułatwienia pozostania w zatrudnieniu i powrotu na rynek pracy osobom z zapalnymi chorobami układu kostno- stawowego i mięśniowego**

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Kandydata/-tki