



.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres)

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

„Zdrowy układ krążenia – profilaktyka, diagnostyka i rehabilitacja lecznicza drogą do utrzymania aktywności zawodowej”

współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego)
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,
Oś priorytetowa VIII Regionalne kadry gospodarki opartej na wiedzy,
Działanie 8.3 Poprawa dostępu do profilaktyki, diagnostyki i rehabilitacji leczniczej ułatwiającej pozostanie w zatrudnieniu i powrót do pracy,
Poddziałanie 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej - konkurs

Numer projektu: WND-RPSL.08.03.02-24-02F9/19-00

Beneficjent/Realizator Projektu: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDICO” PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH I SPECJALISTÓW SP. Z O.O.

Miejsce realizacji projektu: Tychy, ul. Narcyzów 24

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ

Oświadczam, że spełniam wymienione poniżej kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie:

- 1) Zamieszkuję na terenie województwa śląskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego (zgodnie z Rozdziałem II Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz.U. 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn.zm.) i art. 25. Miejszem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu).
- 2) Jestem w wieku - w przypadku kobiet: 40-59 lat/w przypadku mężczyzn: 40-64 lata (niewłaściwe skreślić).
- 3) Jestem aktywny/a zawodowo/deklaruję gotowość do podjęcia zatrudnienia (niewłaściwe skreślić).
- 4) Mieszkam na terenie województwa śląskiego, w rejonie Tychów lub okolicznych powiatów.

5) Cierpię na choroby rozpoznane jako choroby układu krążenia (ICD-10: I20 – Dusznica bolesna, I21 - Ostry zawał serca, I24 – Inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca, I25 – Przewlekła choroba niedokrwiennej serca, I50 – Niewydolność serca).

6) Reprezentuję jedną z dwóch grup (właściwe zaznaczyć)

Grupa I - osoby hospitalizowane z powodu choroby niedokrwiennej serca (wg ICD 10: I20, I21, I24, I25) lub niewydolności serca (wg ICD 10: I50) lub po zabiegach rewaskularyzacji przezskórnej lub chirurgicznej tętnic wieńcowych (wraz z formularzem zgłoszeniowym okazuję kartę informacyjną z leczenia szpitalnego).

Grupa II - osoby, u których zdiagnozowano chorobę niedokrwinną serca (wg ICD 10: I20, I21, I24, I25) lub niewydolność serca (wg ICD 10: I50), ale u których nie doszło jeszcze do incydentów, takich jak: ostry zespół wieńcowy, zaostrzenie niewydolności serca wymagające hospitalizacji i którzy nie byli poddawani zabiegom przezskórnej lub chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych (wraz z formularzem zgłoszeniowym okazuję zaświadczenie lekarza POZ/kardiologa lub kopię dokumentacji medycznej).

7) Nie korzystałem/łam ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych przez NFZ, ZUS, KRUS lub PFRON z powodu wymienionych wyżej jednostek chorobowych w okresie 6 miesięcy przed zgłoszeniem się do Programu.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki