



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

Ja, niżej podpisany/a

Imię											
Nazwisko											
PESEL											

oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące do udziału w projekcie FEMP.06.08-IP.02-0453/24, które zostały zawarte w regulaminie projektu

Kryteria dostępu:

Zamieszkanie na terenie województwa małopolskiego	☐ Tak ☐ Nie
Osoba pracująca lub zarejestrowana jako bezrobotna	☐ Tak ☐ Nie
Zdiagnozowana uprzednio dysfunkcją narządu ruchu będącą skutkiem: wrodzonych zniekształceń narządu ruchu; choroby zwyrodnieniowej stawów, w szczególności choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawu biodrowego, stawu kolanowego, stawu ramiennego; choroby układowej tkanki łącznej; urazu, w tym złamań i amputacji	☐ Tak ☐ Nie
Nie korzystam z innych programów rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ tj: Nie jestem objęty/a żadnym innym programem terapeutyczno- rehabilitacyjnym w związku z leczeniem chorób układu ruchu finansowanym ze środków NFZ i nie biorę udziału w innym projekcie o analogicznym zakresie, realizowanym przez innego beneficjenta i finansowanym ze środków publicznych.	☐ Tak ☐ Nie
W okresie ostatniego miesiąca poprzedzającego zgłoszenie do projektu nie korzystałem/am z pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym ani z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacyjnej finansowanej w ramach kontraktu z NFZ	☐ Tak ☐ Nie

Kryteria premiujące:

Osoba w wieku 40–59 lat	☐ Tak (+20pkt) ☐ Nie
Osoby z dysfunkcją narządu ruchu powstałą w wyniku urazu zawodowego ¹	☐ Tak (+10pkt) ☐ Nie
Osoba na długotrwałych zwolnieniach lekarskich związanych z dysfunkcją narządu ruchu ²	☐ Tak (+20pkt) ☐ Nie
Zamieszkanie na terenie miasta Kraków, powiatu krakowskiego, wadowickiego, myślenickiego i wielickiego	☐ Tak (+5pkt) ☐ Nie

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji.

.....

miejsowość, data

.....

podpis

¹ W celu potwierdzenia należy przedstawić dokumentację medyczną z której jednoznacznie wynika, że dysfunkcja powstała w wyniku urazu zawodowego

²W celu potwierdzenia należy przedstawić dokumentację medyczną z której wynika okres przebywania na zwolnieniach lekarskich związanych z dysfunkcją narządu ruchu - długotrwałe zwolnienia lekarskie trwają dłużej niż 33 dni