



**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIANIE KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ**

Imię i nazwisko.....

Jestem osobą zamieszkującą teren województwa lubelskiego, podlaskiego, świętokrzyskiego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą zatrudnioną w publicznym systemie opieki zdrowotnej, oświaty, poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub jednostkach pomocy społecznej, spełniających kryteria specjalizacji i szkoleń realizowanych w ramach projektu.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Posiadam tytuł zawodowy magistra, magistra inżyniera lub równorzędny uzyskany na kierunku studiów w zakresie psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, pielęgniarstwa, lekarskim	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Posiadam wykształcenie wyższe (kwalifikacja pełna z poziomu 6 PRK) z obszaru dziedzin: nauk społecznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Posiadam tytuł ratownika medycznego, fizjoterapeuty, terapeuty środowiskowego, opiekuna medycznego, diagnosty laboratoryjnego, farmaceuty	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jestem pracownikiem jednostek współpracujących z systemem opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Czytelny Podpis Uczestnika/czki**

