



FORMULARZ APLIKACYJNY

Formularz prosimy wypełniać CZYTELNIE!!!

Złożenie formularza na nieodpowiednim wzorze, nie wypełnienie wszystkich wymaganych punktów Formularza lub nie złożenie wymaganych podpisów będzie skutkowało odrzuceniem Formularza z przyczyn formalnych.

Numer zgłoszenia:/4.2/KTP

Data wpływu formularza: □□-□□-20□□ r.

Tytuł projektu: „**Kompetencje tworzą przyszłość**”

Fundacja Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI
Biuro Projektu w Krakowie, Plac gen. Władysława Sikorskiego 2, 31-115 Kraków
tel. (12) 200 21 77, e-mail: biuro@fundacjaproaktywni.pl

Nr umowy: **POWR.04.02.00-00-0031/20**

Oś priorytetowa IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa.
Działanie 4.2 Programy mobilności ponadnarodowej.
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

1. DANE OSOBOWE / DANE KONTAKTOWE

Imię (imiona):		Nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	□□-□□-□□□□		
Województwo urodzenia: (według nowego podziału)			
PESEL:	□□□□□□□□□□		
Wiek: <small>(w chwili przystąpienia do projektu)</small>			
Telefon komórkowy:		Telefon stacjonarny:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail):			
Płeć (zaznaczyć właściwy):	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		

2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA¹ - należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu w przypadku kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym

Ulica²:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Województwo:
Gmina:	Powiat:	Kraj:

3. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):

Ulica²:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Województwo:
Gmina:	Powiat:	Kraj:

¹ Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

² W przypadku braku ulicy wpisać miejscowość.



4. STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU ³ (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):													
Oświadczam, że jestem:													
Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI												
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE												
Osobą z niepełnosprawnościami ⁴ : <i>Należy załączyć kserokopię aktualnego orzeczenia lub zaświadczenie od lekarza (dokument potwierdzający stan zdrowia).</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI												
Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? np.: posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, byłem/am więźniem, narkomanem, jestem osobą zamieszkującą teren wiejski itp.?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI												
5. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):													
Oświadczam, że jestem:													
Osobą bezrobotną:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE												
– w tym:	<input type="checkbox"/> osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy <input type="checkbox"/> osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> nie dotyczy												
Osobą bierną zawodowo ⁵ :	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE												
– w tym:	<input type="checkbox"/> osobą uczącą się <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu i szkoleniu <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy												
Osobą pracującą:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE												
– w tym:	<input type="checkbox"/> osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osobą pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Inne: <input type="checkbox"/> nie dotyczy												
Wykonywany zawód:	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</td> <td><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</td> <td><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</td> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</td> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</td> <td><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</td> <td><input type="checkbox"/> inny:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> inny:
<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu												
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego												
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy												
<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego												
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej												
<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> inny:												

³ Dane wrażliwe – Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu.

⁴ Osoba z niepełnosprawnościami – należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.)

⁵ Osoba bierna zawodowo – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jest zarejestrowana (y) w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy).



6. WYKSZTAŁCENIE - należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia.

Oświadczam iż posiadam wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)
	<input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)	<input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)
Nazwa szkoły i rok jej ukończenia		
Zawód wyuczony, specjalność, tytuł zawodowy		

7. DODATKOWE INFORMACJE (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

Pracuję na terenie województwa małopolskiego:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dane Instytucji Delegującej⁶:	Nazwa Instytucji:	
	Ulica:	Numer domu/Nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:
	Powiat:	Województwo:
	NIP:	Telefon kontaktowy:
Miejsce wykonywania pracy (wypełnić jeśli jest inny niż adres Instytucji Delegującej):	Nazwa Placówki:	
	Ulica:	Numer domu/Nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:
	Powiat:	Województwo:
	Gmina:	NIP:
Jestem zatrudniona/współpracuję w/w Instytucji na stanowisku:		
Reprezentowana Instytucja Delegująca to:	<input type="checkbox"/> Instytucja publiczna	<input type="checkbox"/> Organizacja pozarządowa
Instytucja Delegująca działa na terenie woj. małopolskiego:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

⁶Instytucja Delegująca – należy przez to rozumieć instytucję, z której przedstawiciele są delegowani do udziału w mobilności ponadnarodowej.



<p>Jestem zatrudniony/współpracuję z Instytucją Delegującą stale i w sposób ciągły w oparciu o:</p>	<p><input type="checkbox"/> umowę o pracę</p> <p><input type="checkbox"/> Inny rodzaj umowy⁷, jaka:</p>	
<p>Jestem osobą pracującą/współpracującą na terenie woj. małopolskiego w:</p>	<p><input type="checkbox"/> placówce wsparcia dziennego <input type="checkbox"/> ośrodka dla dzieci i młodzieży</p> <p><input type="checkbox"/> placówce opiekuńczo-wychowawczej <input type="checkbox"/> inna:</p>	
<p>Posiadam, pisemną zgodę oraz rekomendację pracodawcy (Instytucji Delegującej) do udziału w mobilności ponadnarodowej:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	
<p>Instytucja Delegująca zajmuje się pracą o charakterze wychowawczym, terapeutycznym, socjalizacyjnym, rehabilitacyjnym lub wspieraniem rodziny i systemu pieczy zastępczej; a organizowanie ww. wsparcia (terapeutycznego, socjalizacyjnego, rehabilitacyjnego i wychowawczego) jest głównym celem/przedmiotem działalności Instytucji Delegującej:</p>		
<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczyłeś „TAK” opisz krótko główne działania podejmowane przez Instytucję Delegującą o wymienionym powyżej charakterze potwierdzające główny cel/przedmiot działalności Instytucji Delegującej:</p>		
<p>Bezpośrednio i na co dzień pracuję z dziećmi, młodzieżą lub osobami młodymi do 25 r. ż. wykluczonymi społecznie lub zagrożonymi wykluczeniem społecznym, świadcząc na ich rzecz pracę o charakterze wychowawczym, terapeutycznym, socjalizacyjnym, rehabilitacyjnym lub wspieraniem rodziny i systemu pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:</p>		
<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczyłeś „TAK” opisz krótko zakres obowiązków realizowanych przez Panią/Pana o wymienionym powyżej charakterze:</p>		
<p>Jestem zatrudniony/zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub stale i w sposób ciągły współpracuję na podstawie innego rodzaju umowy w działającej na terenie województwa małopolskiego instytucji publicznej lub organizacji pozarządowej zajmującej się pracą o charakterze wychowawczym, terapeutycznym, socjalizacyjnym, rehabilitacyjnym lub wspieraniem rodziny i systemu pieczy zastępczej, a praca ta stanowi główną działalność Instytucji Delegującej:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	
<p>Zobowiązuję się do przeprowadzenia min. 2-godzinnego spotkania informacyjnego dla innych pracowników Instytucji Delegującej po zakończeniu mobilności celem przekazania zdobytej podczas wyjazdu wiedzy:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	
<p>Zobowiązuję się do przygotowania raportu uwzględniającego najistotniejsze ustalenia wyjazdu, w tym zaobserwowane dobre praktyki (zawierający minimum 5000 znaków), który zostanie udostępniony pracownikom merytorycznym Instytucji Delegującej oraz Beneficjentowi:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	

⁷Proszę wpisać formę współpracy kandydata z Instytucją Delegującą.



8. KRYTERIA PREMIUJĄCE (należy zaznaczyć właściwe pola „X”):	
Czy uczestniczyła Pani/n w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu w wizycie studyjnej/szkoleniu/job shadding dot. podniesienia kompetencji:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani/n osobą pracującą w placówce w małych miastach i przedmieściach (DEGURBA 2):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani/n osobą pracującą w placówce na obszarze wiejskim (DEGURBA 3):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

9. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH - należy zaznaczyć wyłącznie jeden	
Język obcy:	Poziom: <input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> średniozaawansowany <input type="checkbox"/> zaawansowany <input type="checkbox"/> biegły
Język obcy:	Poziom: <input type="checkbox"/> podstawowy <input type="checkbox"/> średniozaawansowany <input type="checkbox"/> zaawansowany <input type="checkbox"/> biegły

Ja, niżej podpisany/-a świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane podane w niniejszym formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydat

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- a) zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w projekcie „Kompetencje tworzą przyszłość” realizowanym przez Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI.
- b) zostałem/am poinformowany/a, iż projekt „Kompetencje tworzą przyszłość” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020,
- c) zapoznałem(-łam) się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* oraz akceptuję wszystkie jego warunki i postanowienia oraz zobowiązuję się do ich stosowania/przestrzegania,
- d) przyjmuję do wiadomości zapisy dokumentu Oświadczenie Uczestnika Projektu,
- e) zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane osobowe, dane kontaktowe).
- f) zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
- g) zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego w tym niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej. Akceptuję, fakt, iż odmowa udzielenia informacji skutkuje brakiem uzyskania dodatkowych punktów na etapie rekrutacji do projektu i/lub brakiem możliwości zakwalifikowania do projektu,
- h) w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora Projektu,
- i) **jestem zatrudniony/zatrudniona na podstawie umowy o pracę lub stale i w sposób ciągły współpracuję na podstawie innego rodzaju umowy w działającej na terenie województwa małopolskiego instytucji publicznej lub organizacji pozarządowej zajmującej się pracą o charakterze wychowawczym, terapeutycznym, socjalizacyjnym,**



rehabilitacyjnym lub wspieraniem rodziny i systemu pieczy zastępczej, a praca ta stanowi główną działalność Instytucji Delegującej.

- j) bezpośrednio i na co dzień pracuję z dziećmi, młodzieżą lub osobami młodymi do 25 r.ż. wykluczonymi społecznie lub zagrożonymi wykluczeniem społecznym, świadcząc na ich rzecz pracę o charakterze wychowawczym, terapeutycznym, socjalizacyjnym, rehabilitacyjnym lub wspieraniem rodziny i systemu pieczy zastępczej w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- k) posiadam pisemną zgodę oraz rekomendację Instytucji Delegującej do udziału w mobilności ponadnarodowej,
- l) zobowiązuję się do przeprowadzenia min. 2-godzinnego spotkania informacyjnego dla innych pracowników Instytucji Delegującej po zakończeniu mobilności celem przekazania zdobytej podczas wyjazdu wiedzy- w terminie 4 tygodni od zakończenia mobilności.
- m) zobowiązuję się do złożenia pisemnego raportu po zakończonej mobilności (min. 5000 znaków), który zostanie udostępniony pracownikom mojej Instytucji Delegującej oraz Fundacji Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI - w terminie 4 tygodni od zakończenia mobilności.
- n) jestem osobą pracującą/współpracującą na terenie woj. małopolskiego w:
 - placówce wsparcia dziennego lub
 - placówce opiekuńczo-wychowawczej lub
 - ośrodka dla dzieci i młodzieży.
- o) oświadczam, iż wyrażam zgodę na:
 1. przetwarzanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI oraz partnera z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej) wynikających z umowy nr POWR.04.02.00-00-0031/20. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania,
 2. przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących informacje wymienione w punkcie 1 przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej w Warszawie lub podmiot przez niego upoważniony zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r., Dz. U. 2018, poz. 1000, do celów sprawozdawczych z realizacji form wsparcia, w których brałam/em udział oraz monitoringu i ewaluacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,
 3. przetwarzanie moich danych osobowych, za pomocą jakichkolwiek środków komunikacji elektronicznej lub bezpośredniego komunikowania się na odległość m.in. adresów poczty elektronicznej, telefonów w celu przekazania przez Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI za pomocą ww. środków komunikacji informacji o możliwości uczestniczenia w nowych projektach realizowanych przez Fundację.
 4. otrzymywanie materiałów z informacjami o nowych projektach i marketingowych, w tym formie elektronicznej, od partnerów Fundacji Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości PROAKTYWNI wskazanych na stronie internetowej fundacjaproaktywni.pl.
 5. przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej, fonicznej i filmowej tworzonej na potrzeby realizacji i promocji projektów EFS.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata



Ja, niżej podpisany/-a deklaruję:

- a) uczestnictwo w projekcie „**Kompetencje tworzą przyszłość**” realizowanym przez Fundację Rozwoju Kompetencji i Przedsiębiorczości **PROAKTYWNI** oraz partnera po pozytywnym przejściu procesu rekrutacji,
- b) udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
- c) czynny udział we wszystkich etapach wsparcia w ramach projektu.

Świadoma/y odpowiedzialności za składanie fałszywych danych oświadczam, że ww. dane w formularzu i oświadczeniach są zgodne z prawdą i zobowiązuje się do bezzwłocznego informowania o ich zmianie.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Kandydata