

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie
„Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24**FORMULARZ APLIKACYJNY**

Data wpływu Formularza Aplikacyjnego (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)	
Podpis osoby przyjmującej Formularz Aplikacyjny (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)	

UWAGA! - Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami

DANE OSOBOWE KANDYDATA/KI Proszę zaznaczyć znakiem „x” i/lub uzupełnić			
IMIĘ (IMIONA)			
NAZWISKO			
WIEK - w chwili przystąpienia do projektu (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)		PŁEĆ:	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA
DATA URODZENIA:			
PESEL / INNY IDENTYFIKATOR			
OBYWATELSTWO	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE		
WYKSZTAŁCENIE (należy wybrać właściwe)	<input type="checkbox"/> BRAK (osoby bez formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE¹ (ISCED 2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017 r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowe, szkołę branżową II stopnia) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)		

¹ W polskim systemie edukacji przed reformą wykształcenie na poziomie ukończonej szkoły podstawowej odpowiadało poziomowi 2



DANE KONTAKTOWE		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego ²)	WOJEWÓDZTWO:	
	POWIAT:	
	GMINA:	
	MIEJSCOWOŚĆ:	
	KOD POCZTOWY:	
	ULICA:	
	NUMER DOMU:	
	NUMER LOKALU:	
ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
TELEFON KONTAKTOWY³		
ADRES E-MAIL		

² Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. Zm.), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

³ Pole obowiązkowe



KRYTERIA FORMALNE - OBLIGATORYJNE

(należy zaznaczyć znakiem „x” we właściwym polu)

Oświadczam, że **jestem osobą:**

(należy zaznaczyć właściwy status znakiem „x”)

zatrudnioną na umowę krótkoterminową⁴

(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie od pracodawcy, o dochodach, kopię umowy o pracę oraz potwierdzenie opłacania składek ZUS⁵)

LUB

zatrudnioną na umowę cywilnoprawną⁶

(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie od pracodawcy, o dochodach, kopię umowy cywilnoprawnej oraz potwierdzenie opłacania składek ZUS⁷)

LUB

należącą do grupy ubogich pracujących,⁸ w tym:

osobą zamieszkujejącą w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów społecznych), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu
(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie od pracodawcy wskazujące wysokość dochodów oraz oświadczenie o liczbie osób gospodarstwa domowego i sumie ich dochodów oraz wysokości własnych dochodów)

osobą, której dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu
(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie od pracodawcy wskazujące wysokość dochodów netto za miesiąc poprzedzający przystąpienie do projektu)

LUB

odchodzącą z rolnictwa⁹

(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z KRUS¹⁰ o ubezpieczeniu oraz oświadczenie o zamiarze odejścia z rolnictwa i podjęcia zatrudnienia lub działalności pozarolniczej podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia społecznego)

tak
 nie

⁴ **Umowa krótkoterminowa** – umowa będąca podstawą nawiązania stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia, zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy.

⁵ Wydruk z PUE ZUS lub zaświadczenie z ZUS o podleganiu ubezpieczeniom z tytułu umowy, ważność zaświadczenia to 30 dni od daty wystawienia.

⁶ **Umowa cywilnoprawna** – umowa zawarta w oparciu o przepisy Kodeksu Cywilnego, np. umowa o dzieło, umowa zlecenie.

⁷ Wydruk z PUE ZUS lub zaświadczenie z ZUS o podleganiu ubezpieczeniom z tytułu umowy, ważność zaświadczenia to 30 dni od daty wystawienia.

⁸ **Osoba uboga pracująca** – osoba pracująca: a) zamieszkujejąca w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów społecznych), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu albo; b) której dochody podlegające opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu.

⁹ **Osoba odchodząca z rolnictwa** – osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2023 r. poz. 208, z późn. zm.), zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objęta obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1230, z późn. zm.).

¹⁰ ważność zaświadczenia to 30 dni od daty wystawienia



<p>w tym: (dotyczy osoby zatrudnionej na umowę krótkoterminową/ cywilnoprawną lub ubogiej pracującej)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osobą prowadzącą działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w MMŚP <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> Osobą pracującą na uczelni <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w instytucie działającym w ramach sieci badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> Osobą pracującą w Międzynarodowym Instytucie Naukowym <input type="checkbox"/> Osobą pracującą dla Federacji Podmiotów Systemu Szkolnictwa wyższego i Nauki <input type="checkbox"/> Osobą pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> Inne 	
<p>Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa dolnośląskiego (na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie potwierdzające informacje o miejscu zamieszkania¹¹)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	
<p>Oświadczam, że na dzień składania Formularza Aplikacyjnego jestem osobą, która ma ukończone 18 lat (na potwierdzenie przedkładam do wglądu dowód osobisty lub inny dokument z numerem PESEL)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	
<p>Oświadczam, że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	

¹¹ Przykładowymi dokumentami w tym zakresie mogą być: zaświadczenie z ZUS lub KRUS, deklaracje z US, wystawiona na Uczestnika/czkę umowa najmu lub użyczenia lokalu, umowa o pracę, umowa cywilnoprawna lub zaświadczenie o zatrudnieniu zawierające adres zamieszkania Uczestnika/czki, rachunki lub umowa za media w lokalu, np. telefon, internet, prąd, gaz, telewizja kablowa, wystawione na Uczestnika/czkę, zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka Uczestnika/czki do placówki oświatowej (szkoła, przedszkole) lub placówki opiekuńczo-wychowawczej (np. żłobek, klub dziecięcy), potwierdzenie zameldowania, aktualna polisa ubezpieczeniowa samochodu lub nieruchomości, zawierająca miejsce zamieszkania Uczestnika/czki



KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE) (należy zaznaczyć znakiem „x” we właściwym polu)	
Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie miasta średniego tracącego funkcje społ.-gosp. i/lub obszary zagrożone trwałą marginalizacją (zg. z Zał. 8 i 9 Kontraktu Programowego dla województwa dolnośląskiego) ¹² <i>(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z informacją o miejscu zamieszkania)</i>	<input type="checkbox"/> tak (+10 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego obszar wykluczony komunikacyjnie (zg. z Zał. 1 do dokumentu "Stan transportu zbiorowego na Dolnym Śląsku") ¹³ <i>(na potwierdzenie przedkładam zaświadczenie z informacją o miejscu zamieszkania)</i>	<input type="checkbox"/> tak (+5 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą posiadającą niskie kwalifikacje (do ISCED 3 włącznie) <i>(na potwierdzenie przedkładam świadectwo ostatnio ukończonej szkoły)</i>	<input type="checkbox"/> tak (+5 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością ¹⁴ <i>(na potwierdzenie przedkładam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ dokument potwierdzający stan zdrowia)</i>	<input type="checkbox"/> tak (+5 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem Kobieta	<input type="checkbox"/> tak (+5 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą w wieku powyżej 55 lat <i>(na potwierdzenie przedkładam do wglądu dowód osobisty lub inny dokument z numerem PESEL)</i>	<input type="checkbox"/> tak (+5 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że jestem osobą w wieku 18-29 lat <i>(na potwierdzenie przedkładam do wglądu dowód osobisty lub inny dokument z numerem PESEL)</i>	<input type="checkbox"/> tak (+5 pkt.) <input type="checkbox"/> nie
Liczba punktów ogółem (uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny)	

¹² Wykaz dostępny na stronie internetowej Beneficjenta, na podstronie projektowej, w zakładce „Ważne dokumenty”.

¹³ Wykaz dostępny na stronie internetowej Beneficjenta, na podstronie projektowej, w zakładce „Ważne dokumenty”.

¹⁴ **Osoba z niepełnosprawnością** - osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027.



**MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS
(System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)**

OŚWIADCZAM, ŻE:

(zaznaczyć znakiem „x” wszystkie opcje, które dotyczą)

Jestem osobą obcego pochodzenia/nie posiadam polskiego obywatelstwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z państw trzecich/obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



**FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (dotyczy osób z niepełnosprawnością)

Rodzaj potrzeby	Proszę wpisać potrzebę wynikającą z niepełnosprawności	
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową		<input type="checkbox"/> Nie zgłaszam specjalnych potrzeb <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów szkoleniowych		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie		
Zapewnienie tłumacza języka migowego		
Inne (np. specjalne wyżywienie)		

FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA

Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. pomoc z językiem polskim):		<input type="checkbox"/> Nie zgłaszam specjalnych potrzeb <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
--	--	---



OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KI

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- 1) Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie pn. „Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24.
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
- 4) Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza Aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu – firmy Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027, Działanie 7.9 Aktywizacja osób na rynku pracy, Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku.
- 6) Zobowiązuję się do udostępnienia w ciągu czterech tygodni od zakończenia udziału w Projekcie danych dot. swojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie oraz przedłożenia odpowiednich dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji lub nabycie kompetencji, np. certyfikaty, zaświadczenia, wyniki egzaminów lub inne dokumenty (lub ich kopie).
- 7) Odnośnie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych:
 - a) Wyrażam dobrowolnie zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych (w tym tzw. danych wrażliwych) zawartych w niniejszym Formularzu [zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”], do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, a także realizacji oferowanych w ramach Projektu wsparć, monitoringu i ewaluacji Projektu oraz w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta Projektu z obowiązków sprawozdawczych oraz działań informacyjno-promocyjnym związanych z realizowanym Projektem. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych, o których mowa w punkcie a) w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
 - b) Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione w punkcie a) przez firmę Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA do celów sprawozdawczych z realizacji danego wsparcia, w którym wezmę udział oraz monitoringu i ewaluacji Projektu.
 - c) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
- 8) Zostałem/am poinformowany/a, że Beneficjent Projektu Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA z siedzibą we Wrocławiu (50-201), ul. Mieszcząńska 11/31 jest Administratorem



danych wpisanych przeze mnie do niniejszego Formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez firmę Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem (w tym również z procesem rekrutacji), a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu CST2021 – Centralny System Teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 ust. 29 ustawy wdrożeniowej oraz SM EFS – System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania, a podanie przez mnie danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny, jedna odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w procesie rekrutacji. Przysługuje mi prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonałem/am na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

- 9) Zostałem/am poinformowany/a, że Beneficjent Projektu Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA zapewnia standard ochrony danych 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- 10) Zostałem/am poinformowany/a, że oferowane w ramach Projektu formy wsparcia mogą się odbywać poza moim miejscem zamieszkania.
- 11) Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Kierownika Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych (w tym adresu zamieszkania, numeru telefonu, zmiany nazwiska) wpisanych w Formularzu Aplikacyjnym.
- 12) Przynależę do grupy docelowej (zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24 oraz zobowiązuję się, na wniosek Beneficjenta Projektu oraz Instytucji kontrolującej, do przedstawienia dokumentu źródłowego potwierdzającego prawdziwość powyższych danych.
- 13) Na dzień składania niniejszego Formularza Aplikacyjnego nie otrzymuję jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- 14) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji pisemnie, telefonicznie i/lub mailowo.
- 15) Upředzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w Formularzu Aplikacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 16) Jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przez mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Beneficjenta - Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA z siedzibą w we Wrocławiu (50-201), ul. Mieszczkańska 11/31 obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. Projekcie firma Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB ŚLAGA będzie miała prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.
- 17) Wyrażam zgodę na nieodpłatne, nieograniczone czasowo wykorzystanie mojego wizerunku /głosu/wypowiedzi przez Beneficjenta - Rękodzieło Fizjoterapia JAKUB



ŚLAGA, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu pn. „Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24.

- 18) Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, ewaluacyjnych związanych z realizacją ww. Projektu.
- 19) Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans oraz przeciwdziałania dyskryminacji.
- 20) Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- 21) Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/ki