

**Wniosek o przedłużenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu – formularz stosowany w SIOEPKZ (Załącznik 1b)**

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Kod szkoły/placówki/ centrum / pracodawcy /podmiotu prowadzącego KKZ:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pełna nazwa szkoły/  
placówki/centrum/  
pracodawcy/ podmiotu  
prowadzącego KKZ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dane teleadresowe szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ:**

Ulica i numer: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy i poczta: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Faks: \_\_\_\_\_

Adres poczty elektronicznej: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko dyrektora szkoły /  
placówki:/centrum/ podmiotu  
prowadzącego kcz

\_\_\_\_\_

**Wniosek  
o przedłużenie upoważnienia  
do przeprowadzenia części praktycznej egzaminu zawodowego**

Wnioskuje o przedłużenie upoważnienia do przeprowadzenie części praktycznej egzaminu zawodowego w kwalifikacji:

Symbol kwalifikacji zgodnie z podstawą programową kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego	Nazwa kwalifikacji	Nazwa zawodu/zawodów

**Uzasadnienie**

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada:

- warunki do realizacji kształcenia w zawodzie ..... określone w podstawie programowej kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego,

Lp.	Symbol/ opis miejsca przeprowadzania części praktycznej egzaminu (limit znaków 2000 dla każdego wiersza)	Liczba stanowisk egzaminacyjnych

2. warunki do samodzielnego wykonywania przez zdających zadań egzaminacyjnych zawartych w arkuszu egzaminacyjnym, z uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz warunki socjalne w następujących miejscach:

3. możliwość przystąpienia do egzaminu zawodowego osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych w warunkach dostosowanych do ich potrzeb i możliwości: (proszę opisać dostosowanie warunków do potrzeb i możliwości osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych – *limit znaków 1 000*)

4. udzielenie zdającym pierwszej pomocy medycznej:  
(proszę opisać sposób zapewnienia zdającym pierwszej pomocy medycznej – *limit znaków 1 000*)

Adres usytuowania opisanych powyżej miejsc przeprowadzania części praktycznej egzaminu (jeżeli różni się od siedziby szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ)

Ulica i numer: \_\_\_\_\_  
Miejscowość: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Faks: \_\_\_\_\_  
Adres poczty elektronicznej: \_\_\_\_\_

Dokument wygenerowany elektronicznie z SIOEPKZ i nie wymaga pieczęci ani podpisu.



Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, w zakresie przeprowadzania egzaminu zawodowego, zgodnie z przepisami ustawy o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie, został spełniony poprzez zamieszczenie klauzuli informacyjnej na stronie internetowej właściwej okręgowej komisji egzaminacyjnej.