

Załącznik 1 Wniosek o udzielenie/przedłużenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu.

Miejscowość, data _____

*Pieczczę szkoły/placówki/pracodawcy/
centrum/podmiotu prowadzącego KKZ*

Kod szkoły/placówki/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 _____

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

Wnioskuje o udzielenie upoważnienia do przeprowadzenia części praktycznej egzaminu zawodowego w kwalifikacji:

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

Uzasadnienie

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada:

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

1. warunki do realizacji kształcenia w zawodzieokreślone w podstawie programowej kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego,
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*)

2. 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: _____

.....
*Podpis i pieczęć dyrektora szkoły/placówki/ pracodawcy/ centrum/
podmiotu prowadzącego KKZ*



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 potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, 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.