

4. MIEJSCE PRACY *

podstawowe

pełna nazwa instytucji		
REGON**		NIP**
województwo	powiat	gmina
ulica nr		
poczta/kod pocztowy		miejsowość
telefon (z kierunkowym)	faks	e-mail

dodatkowe

pełna nazwa instytucji		
REGON**		NIP**
województwo	powiat	gmina
ulica nr		
poczta/kod pocztowy		miejsowość
telefon (z kierunkowym)	faks	e-mail

** dotyczy tylko kandydatów na egzaminatorów egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe

5. WYKSZTAŁCENIE

nazwa ukończonej szkoły/uczelni		
wydział		kierunek
specjalność	rok ukończenia	tytuł/ stopień naukowy

WYKSZTAŁCENIE

nazwa ukończonej szkoły/uczelni		
wydział	kierunek	
specjalność	rok ukończenia	tytuł/ stopień naukowy

6. POSIADAM KWALIFIKACJE DO NAUCZANIA:

typ szkoły <i>(właściwie proszę zaznaczyć):</i> <input type="checkbox"/> szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> liceum ogólnokształcące <input type="checkbox"/> liceum profilowane <input type="checkbox"/> zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> technikum <input type="checkbox"/> szkoła policealna	Przedmiotów: <input type="checkbox"/> do nauczania dzieci i młodzieży z dysfunkcjami <i>(proszę wymienić jakimi)</i> W zawodzie <i>(proszę wymienić):</i> do nauczania <i>(właściwie proszę podkreślić)</i> <input type="checkbox"/> teoretycznych przedmiotów zawodowych <input type="checkbox"/> praktycznej nauki zawodu
---	---

7. POSIADAM STOPIEŃ AWANSU ZAWODOWEGO *(właściwie proszę podkreślić):*

kontraktowy	mianowany	dyplomowany
-------------	-----------	-------------

8. DOSKONALENIE ZAWODOWE DOTYCZĄCE OCENIANIA, DIAGNOZOWANIA, EGZAMINOWANIA:

rodzaj doskonalenia	organizator	liczba godzin	rok ukończenia

9. ZATRUDNIENIE w ostatnich 6 latach (wypełnia pracodawca):

Dokładna data od-do	Rodzaj prowadzonych zajęć dydaktycznych (w przypadku nauczycieli) lub stanowisko wymagające kwalifikacji pedagogicznych (proszę uszczegółowić – podać nazwy nauczanych przedmiotów/zajęć edukacyjnych)	Nazwa i adres zakładu pracy

Pieczęć adresowa instytucji

Imienna pieczęć i podpis pracodawcy
(dyrektor lub upoważniona osoba)

10. OŚWIADCZENIE

Poświadczam własnoręcznym podpisem, że:

- ◆ wszystkie powyższe dane są prawdziwe*,
- ◆ spełniam warunki określone w art. 10 ust. 5 pkt. 2-4 Ustawy – Karta Nauczyciela (tj. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z praw publicznych, nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne lub dyscyplinarne, lub postępowanie o ubezwłasnowolnienie, nie byłam(em) karana(y) za przestępstwo popełnione umyślnie),
- ◆ wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie przez okręgowe komisje egzaminacyjne i Centralną Komisję Egzaminacyjną moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,

* Podanie nieprawdziwych danych spowoduje skreślenie z listy kandydatów na egzaminatorów lub egzaminatorów.

miejsowość, data

czytelny podpis