……………………………..

*/miejscowość, data/*

*............................................................*

*pieczątka szkoły/placówki/pracodawcy/*

*centrum/podmiotu prowadzącego KKZ*

**Kod ośrodka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |

**WNIOSEK**

**o zmianę** upoważnienia………………..……………… do przeprowadzenia części pisemnej egzaminu zawodowego z wykorzystaniem elektronicznego systemu przeprowadzania egzaminu zawodowego.

*nr/rok*

**Potwierdzam**, że kierowana przeze mnie szkoła/placówka **spełnia wymagania** w zakresie:

* **zapewnienia warunków do samodzielnego wykonywania przez zdających zadań egzaminacyjnych, z  uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy oraz warunki socjalne**
* **zapewnienia zdającym ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przystąpienie do egzaminu zawodowego w warunkach dostosowanych do ich potrzeb i możliwości**
* **zapewnienia zdającym pierwszej pomocy medycznej**

oraz zapewnienia niezbędnego wyposażenia **zgodnie z Wyposażeniem stanowisk egzaminacyjnych ustalonym przez CKE** w następujących salach/pomieszczeniach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr sali/**  **pracowni** | **Liczba stanowisk z kompletnym wyposażeniem** | **Planowana liczba zdających**  **w danej sali/pracowni** | **Czy w tej sali/pracowni planuje się również przeprowadzanie egzaminu**  **dla innej kwalifikacji – jakiej?** | **Miejsce egzaminu - adres**  **(gdy znajduje się poza siedzibą szkoły/placówki/pracodawcy/centrum/podmiotu prowadzącego KKZ)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………..…………………………………………………

*Podpis i pieczęć dyrektora szkoły/placówki/ pracodawcy*

*centrum/podmiotu prowadzącego KKZ*