

Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ oraz dla osoby uczestniczącej w kwalifikacyjnym kursie zawodowym, który kończy się nie później niż na 6 tygodni przed terminem egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

Uwaga: deklaracja dotyczy egzaminu w jednej kwalifikacji, osoba przystępująca do egzaminu w więcej niż jednej kwalifikacji wypełnia deklarację dla każdej kwalifikacji osobno

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

miejsowość, data d d m m r r r r

- ukończyłem KKZ, (miesiąc i rok ukończenia)*,
 jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień*
Nazwa i adres organizatora KKZ

Dane osobowe słuchacza (wypełnić drukowanymi literami):

Nazwisko: [.....]

Imię (imiona): [.....]

Data urodzenia: [.....]
d d m m r r r r

Numer PESEL: [.....]

w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres korespondencyjny (wypełnić drukowanymi literami):

miejsowość: [.....]

ulica i numer domu: [.....]

kod pocztowy i poczta: [.....] - [.....]

nr telefonu: [.....]

Adres poczty elektronicznej [.....]

Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

- w sesji Zima (deklarację składa się do września 20.....r.)*
 w sesji Lato (deklarację składa się do lutego 20.....r.)*

w kwalifikacji

[.....]

oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego

nazwa kwalifikacji

wyodrębnionej w zawodzie

[.....]

symbol cyfrowy zawodu

nazwa zawodu

Do egzaminu będę przystępować*

- po raz pierwszy po raz kolejny w części pisemnej po raz kolejny w części praktycznej

Ubiegam się o dostosowanie warunków egzaminu* TAK / NIE

Mam zdany egzamin zawodowy z następującej kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie:

[.....]

symbol kwalifikacji zgodnie z podstawą programową

nazwa kwalifikacji

Do deklaracji dołączam*:

- Świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie uzyskane po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie
 Zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego
 Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza
 Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)

*właściwe zaznaczyć

czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

data, czytelny podpis osoby przyjmującej

Pieczęć 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 w zawodzie, 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.