

# Deklaracja dla absolwenta, którego szkoła została zlikwidowana oraz osoby, która ukończyła KKZ – w przypadku likwidacji podmiotu prowadzącego KKZ (Załącznik 3a)

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

- Jestem absolwentem szkoły zlikwidowanej nazwa i adres: .....
- Ukończyłem/ukończyłam\* kwalifikacyjny kurs zawodowy, który był prowadzony przez podmiot zlikwidowany miesiąc i rok ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego: ..... nazwa i adres podmiotu.....

.....  
miejsowość, data      d   d   m   m   r   r   r   r

## Dane osobowe absolwenta/ osoby, która ukończyła KKZ (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 kwalifikację w zawodzie

- w sesji Zima (deklarację składa się do 15 września 20.....r.)\*
- w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 20..... r., a w przypadku osoby, która przystępuje do egzaminu powtórnie po sesji Zima, w terminie 7 dni po ogłoszeniu wyników egzaminu z tej sesji)\*

## 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

Do deklaracji dołączam\*:

- Świadectwo ukończenia szkoły
- Zaświadczenie o ukończeniu KKZ
- Orzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza\* (w przypadku występowania dysfunkcji lub w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)

\*właściwe zaznaczyć

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....  
Pieczęć oke

.....  
czytelny podpis

.....  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

