Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ (Załącznik 3b.)

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

miejscowość, data ..... d d m m r r r r

☐ **ukończyłem KKZ,** (miesiąc i rok ukończenia) **……,***
Nazwa i adres organizatora KKZ ……...
……...

Dane osoby składającej deklarację *(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)*:

miejscowość:

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 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

.....
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)

.....
czytelny podpis

**właściwe zaznaczyć*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

……..
Pieczęć podmiotu prowadzącego KKZ

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej