## Załącznik T\_2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
| *identyfikator szkoły* | | | | | | | | | | | |
| .............................................. , ........................... 2015 r. | | | | | | | | | | | | |
| *pieczęć szkoły* | *miejscowość* | | | | | *data* | | | | | | | |

# **POWOŁANIE ZESPOŁU EGZAMINACYJNEGO**

**w roku szkolnym 2014/2015**

Na podstawie § 64 ust. 2 *rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków  
i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów   
i egzaminów w szkołach publicznych* (Dz.U. nr 83, poz. 562, ze zm.)

**powołuję**

**zespół egzaminacyjny dla przeprowadzenia egzaminu maturalnego**

w następującym składzie:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Zastępca przewodniczącego | ................................................................... |
|  | *imię i nazwisko* |

Członkowie zespołu:

| Lp. | Imię i nazwisko | Miejsce pracy | Przedmiot nauczany | Zespół\* | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| przedmiotowy (język) | nadzorujący (przedmiot) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nauczyciele o uprawnieniach: surdopedagoga / tyflopedagoga / tłumacza języka migowego / innych (jakich)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Miejsce pracy | Specjalność |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Wypełnić po powołaniu przedmiotowego zespołu egzaminacyjnego i zespołu nadzorującego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ...................................................... |
|  |  | *pieczęć i podpis*  *przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego* |