**Załącznik 13a**

**Wniosek o dopuszczenie
do egzaminu zawodowego**

**Uczestnik przygotowania zawodowego dorosłych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *miejscowość, data* | *d* | *d* | *m* | *m* | *r* | *r* | *r* | *r* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osobowe** *(wypełnić drukowanymi literami)*: |  |  |
| Nazwisko: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię (imiona): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  *w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość* |  |  |

**Proszę o dopuszczenie do egzaminu zawodowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *symbol cyfrowy zawodu* |  | *nazwa zawodu* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |   |  |
| *symbol kwalifikacji zgodne z podstawą programową* |  |
| *nazwa kwalifikacji* |

 **Do egzaminu chcę przystąpić**\*

🗌**po raz pierwszy** 🗌**po raz kolejny w części pisemnej** 🗌**po raz kolejny w części praktycznej**

**Jestem osobą dorosłą, która jest uczestnikiem**:

🗌 praktycznej nauki zawodu dorosłych\*

🗌 przyuczenia do pracy dorosłych\*

Termin zakończenia przygotowania zawodowego został wyznaczony na …………………………..

Zaświadczenie o ukończeniu przygotowania zawodowego przedłożę niezwłocznie po jego otrzymaniu.

**Do wniosku dołączam:**

1. deklarację przystąpienia do egzaminu zawodowego
2. 🗌 zaświadczenie lekarskie o występowaniu dysfunkcji **\***/ 🗌 zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia\*

|  |  |
| --- | --- |
| \**właściwe zaznaczyć* | ........................................................*czytelny podpis* |