**Załącznik 3b. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ**

*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* |

**Ukończyłam/em KKZ** (miesiąc i rok ukończenia)\* **……………………………………………………………,**\*

Nazwa i adres podmiotu prowadzącego 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.,** lub w przypadku ponownego przystępowania po egzaminie w sesji ZIMA - w terminie 7 dni od ogłoszenia wyników egzaminu**)**

**w kwalifikacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | . |  |  |   |  |  |
| *symbol kwalifikacji zgodny 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\*:

🗌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 …………………………………………………. Pieczęć podmiotu prowadzącego KKZ |  ....................................................... *data, czytelny podpis osoby przyjmującej* |