**Załącznik 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Miejscowość, data |  |
| *Pieczęć szkoły/placówki/pracodawcy/* *podmiotu prowadzącego KKZ* |  |
| **Kod szkoły/placówki/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ:** |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |
| **Pełna nazwa szkoły/ placówki/ pracodawcy/ podmiotu prowadzącego KKZ::** |  |
|  |

**Dane teleadresowe szkoły/placówki/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica i numer: |  |
| Miejscowość: |  |
| Kod pocztowy i poczta: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| E-mail: |  |
| Imię i nazwisko dyrektora szkoły / placówki: |  |

**Wniosek o udzielenie\*/przedłużenie\* upoważnienia**

**do zorganizowania części praktycznej egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie**

Wnioskuję o udzielenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu zawodowego w kwalifikacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oznaczenie kwalifikacjizgodne z podstawą programową kształcenia w zawodach | Nazwa kwalifikacji | Nazwa zawodu |
|  |  |  |

**Uzasadnienie**

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada

1. warunki zapewniające:
	1. kształcenie określone w podstawie programowej kształcenia w zawodach:
	(proszę wymienić istotne dla danej kwalifikacji wyposażenie – limit znaków 4000):

|  |
| --- |
|  |

* 1. samodzielne wykonywanie przez zdających zadań egzaminacyjnych zawartych w arkuszu egzaminacyjnym,
	z uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz warunki socjalne:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr sali/miejsca | Opis miejsca, w którym będzie odbywała się część praktyczna egzaminu (limit znaków 2000 dla każdego wiersza) | Planowana liczba stanowisk egzaminacyjnych |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. możliwość przystąpienia do egzaminu zawodowego osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych w warunkach dostosowanych do ich potrzeb i możliwości:
	(proszę opisać dostosowanie warunków do potrzeb i możliwości osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych – limit znaków 1000)

|  |
| --- |
|  |

* 1. udzielenie zdającym pierwszej pomocy medycznej:
	(proszę opisać sposób zapewnienia zdającym pierwszej pomocy medycznej – limit znaków 1000)

|  |
| --- |
|  |

1. certyfikaty jakości (proszę wymienić jakie? – limit znaków 1000)

|  |
| --- |
|  |

1. adres usytuowania opisanych powyżej stanowisk egzaminacyjnych (jeżeli różni się od siedziby szkoły/placówki/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ)

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica i numer: |  |
| Miejscowość: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| E-mail: |  |

…………………………………..…………………….…………………………….……

Podpis i pieczęć dyrektora szkoły/placówki/ pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ