**Załącznik 1 Wniosek o udzielenie/przedłużenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Miejscowość, data |  |  |  |
| *Pieczęć szkoły/placówki/centrumpracodawcy/* *podmiotu, który prowadził KKZ* |  |
| **Kod szkoły/placówki/centrumpracodawcy/podmiotu:** |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |
| **Pełna nazwa szkoły/ placówki/centrum pracodawcy/ podmiotu, który prowadził KKZ::** |  |
|  |

**Dane teleadresowe szkoły/placówki/centrumpracodawcy/podmiotu, który prowadził KKZ:**

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

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

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

Wnioskuję o udzielenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie 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 4 000*):

|  |
| --- |
|  |

* 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 potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie 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 1 000*)

|  |
| --- |
|  |

* 1. udzielenie zdającym pierwszej pomocy medycznej:
	(proszę opisać sposób zapewnienia zdającym pierwszej pomocy medycznej *– limit znaków 1 000*)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

…………………………………..……………………………….……

Podpis i pieczęć dyrektora

szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu, który prowadził KKZ

|  |  |
| --- | --- |
| 🛈 | Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w zakresie przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, zgodnie z przepisami ustawy o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie, został spełniony poprzez zamieszczenie klauzuli informacyjnej na stronie internetowej właściwej okręgowej komisji egzaminacyjnej. |