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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica i numer: |  |
| Miejscowość: |  |
| Kod pocztowy i poczta: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Adres poczty elektronicznej: |  |
| Imię i nazwisko dyrektora szkoły / placówki:/centrum |  |

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

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

Wnioskuję o udzielenie upoważnienia do przeprowadzenie części praktycznej egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w kwalifikacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oznaczenie kwalifikacjizgodne z podstawą programową kształcenia w zawodzie szkolnictwa zawodowego | Nazwa kwalifikacji | Nazwa zawodu/zawodów |
|  |  |  |

**Uzasadnienie**

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada:

* 1. warunki do realizacji kształcenia w zawodach …………………………………………………….określone w podstawie programowej kształcenia w zawodach szkolnictwa zawodowego:

(proszę wymienić istotne dla danej kwalifikacji wyposażenie – *limit znaków 4 000*):

|  |
| --- |
|  |

* 1. warunki do samodzielnego wykonywania przez zdających zadań egzaminacyjnych zawartych w arkuszu egzaminacyjnym, z uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz warunki socjalne w następujących miejscach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Oznaczenie/ opis miejsca przeprowadzania części praktycznej egzaminu (limit znaków 2000 dla każdego wiersza) | 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. adres usytuowania opisanych powyżej miejsc przeprowadzania części praktycznej egzaminu (jeżeli różni się od siedziby szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ)

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica i numer: |  |
| Miejscowość: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Adres poczty elektronicznej: |  |

…………………………………..……………………………….……

Podpis i pieczęć dyrektora szkoły/placówki/centrum/ pracodawcy/podmiotu prowadzącego 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. |