

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

Miejscowość, data _____

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

Kod szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Pełna nazwa szkoły/
placówki/centrum**

pracodawcy/ podmiotu, który

prowadził KKZ::

Dane teleadresowe szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/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

Wnoszę o udzielenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w kwalifikacji:

Symbol kwalifikacji zgodny z podstawą programową kształcenia w zawodach	Nazwa kwalifikacji	Nazwa zawodu

Uzasadnienie

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada

1. warunki zapewniające:

a. kształcenie określone w podstawie programowej kształcenia w zawodach:

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

--

- b. 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

- c. 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*)

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

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

3. adres usytuowania opisanych powyżej stanowisk egzaminacyjnych (jeżeli różni się od siedziby szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/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.