

Załącznik 3a. Deklaracja dla absolwenta, którego szkoła została zlikwidowana oraz osoby, która ukończyła KKZ – w przypadku likwidacji podmiotu prowadzącego KKZ

Uwaga: deklaracja dotyczy egzaminu w jednej kwalifikacji, osoba przystępująca do egzaminu w więcej niż jednej kwalifikacji wypełnia deklarację dla każdej kwalifikacji osobno

Jestem absolwentem szkoły zlikwidowanej nazwa i adres:

Ukończyłem/ukończyłam* kwalifikacyjny kurs zawodowy, który był prowadzony przez podmiot zlikwidowany miesiąc i rok ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego: nazwa i adres podmiotu.....

.....
miejsowość, data d d m m r r r r

Dane osobowe absolwenta/ osoby, która ukończyła KKZ (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):

miejsowość: [.....]

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., a w przypadku osoby, która przystępuje do egzaminu powtórnie po sesji Zima, w terminie 7 dni po ogłoszeniu wyników egzaminu z tej sesji)*

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*:

Świadectwo ukończenia szkoły

Zaświadczenie o ukończeniu KKZ

Orzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)

Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku występowania dysfunkcji lub w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)

.....
*właściwie zaznaczyć

.....
czytelny podpis

.....
Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....
Pieczęć oke

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej