Załącznik 3b. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ

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

..... miejscowość, data | d d m m r r r r

☐ **ukończyłem KKZ,** (miesiąc i rok ukończenia) **……,***

Nazwa i adres organizatora KKZ ……...

……...……...

Dane osoby składającej deklarację *(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)*:

miejscowość:

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**

☐ **Mam zdany egzamin zawodowy z następującej kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie:**

. .....

symbol kwalifikacji zgodnie z podstawą programową ..... *nazwa kwalifikacji*

Do deklaracji dołączam*:

☐ Świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie uzyskane po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie

☐ Zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego

☐ Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza

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

..... *czytelny podpis*

**właściwe zaznaczyć*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji ..... *data, czytelny podpis osoby przyjmującej*

…….

Pieczęć 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 w zawodzie, 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.