Załącznik 3a. Deklaracja dla absolwenta zlikwidowanej szkoły oraz osoby, która ukończyła KKZ - w przypadku likwidacji podmiotu prowadzącego ten 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.....

Miejscowość, 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)*:

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

symbol kwalifikacji zgodny z podstawa programową szkolnictwa zawodowego	nazwa kwalifikacji
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)

**właściwe zaznaczyć*

.....
czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

…….
Pieczęć oke

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej