Załącznik 3b. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ

Uwaga: 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 osobowe ucznia/słuchacza/absolwenta *(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**

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

.

symbol kwalifikacji zgodny z podstawa 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)

**właściwe zaznaczyć*

....
czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

………………………………………………….
Pieczęć podmiotu prowadzącego KKZ