**Załącznik 3c. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ oraz dla osoby uczestniczącej w kwalifikacyjnym kursie zawodowym, który kończy się nie później niż na 6 tygodni przed pierwszym dniem terminu głównego egzaminu zawodowego**

*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)…………………………………………………………………………………….
* **jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień**\* **……………………….….…...………….**

Nazwa i adres organizatora KKZ …………………………………..………………………………………………………...

……………………………………………………..…………………..…………………………………………………….

**Dane osobowe 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 zawodowego w terminie głównym**\*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 ponownego przystępowania po egzaminie |
|  | w sesji Zima – w czasie 7 dni od ogłoszenia wyników egzaminu) |

**w kwalifikacji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **.** |  |  |
| symbol kwalifikacji zgodny z podstawa programową szkolnictwa branżowego | | | 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** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **.** |  |  |
| symbol kwalifikacji zgodny z podstawa programową | | | nazwa kwalifikacji |

Ubiegam się o dostosowanie warunków egzaminu\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **/** |  | **NIE** | Do deklaracji dołączam\* |

* Certyfikat kwalifikacji zawodowej uzyskany po zdaniu egzaminu zawodowego w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie
* Zaświadczenie o ukończeniu KKZ
* 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

…………………………………………………. .............................................................................................

Pieczęć podmiotu prowadzącego KKZ *data, czytelny podpis osoby przyjmującej*

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 zawodowego, 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

i