Załącznik 3b.

UCZESTNIK KKZ /OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA KKZ
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

.....
miejscowość, data *d d m m r r r r*

Dane osobowe *(wypełnić drukowanymi literami)*:

Nazwisko:

Imię (imiona):

Data i miejsce 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 z kierunkowym: **mail**: .....

☐ **Jestem uczestnikiem** kwalifikacyjnego kursu zawodowego ***/** ☐ **ukończyłem/ukończyłam*** kwalifikacyjny kurs zawodowy

miesiąc i rok ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego:.....

.....

.....

nazwa i adres organizatora kwalifikacyjnego kursu zawodowego

Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie przeprowadzanego w terminie ……

.

oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową

.....
nazwa kwalifikacji

.....
symbol cyfrowy zawodu *nazwa zawodu*

☐ **po raz pierwszy*** **/** ☐ **po raz kolejny*do części** ☐ **pisemnej*,** ☐ **praktycznej***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z egzaminem potwierdzającym kwalifikacje
w zawodzie.

Do deklaracji dołączam:

☐ zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego*

☐ Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza *

☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza*

.....
**właściwe zaznaczyć* *czytelny podpis*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

…….
Pieczęć szkoły/placówki/podmiotu prowadzącego kkz/oke