Załącznik 1.

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

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

Dane osobowe ucznia/słuchacza/absolwenta *(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 zamieszkania *(wypełnić drukowanymi literami)*:

miejscowość: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ulica i numer domu: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

kod pocztowy i poczta: ☐☐ - ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nr telefonu z kierunkowym: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ mail: .....

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

☐.☐☐ .....
oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową
.....
nazwa kwalifikacji

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

☐ **po raz pierwszy***

☐ **po raz kolejny*** **do części** ☐ **pisemnej*** ☐ **praktycznej***

Jestem:

- uczniem/słuchaczem ☐ zsz*/ ☐ technikum*/ ☐ szkoły policealnej*/ ☐ kwalifikacyjnego kursu zawodowego*
- absolwentem* ☐ zsz*/ ☐ technikum*/ ☐ szkoły policealnej*/ ☐ kwalifikacyjnego kursu zawodowego*

miesiąc i rok ukończenia szkoły / kwalifikacyjnego kursu zawodowego: ……

……

……

nazwa i adres szkoły / organizatora kwalifikacyjnego kursu zawodowego

Do deklaracji dołączam:
- ☐ świadectwo ukończenia szkoły*
- ☐ zaświadczenie ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego*
- ☐ oryginał*/ ☐ duplikat* świadectwa uzyskanego za granicą
- ☐ zaświadczenie wydane na podstawie przepisów w sprawie nostryfikacji świadectw szkolnych i świadectw maturalnych uzyskanych za granicą*

☐ Proszę* o dostosowanie warunków i formy przeprowadzania egzaminu do moich indywidualnych potrzeb na podstawie załączonych dokumentów:

- ☐ Orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania*
- ☐ Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego*
- ☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza*
- ☐ Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza*
- ☐ Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej/poradni specjalistycznej o specyficznych trudnościach w uczeniu się*
- ☐ Opinia rady pedagogicznej*

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

.....
czytelny podpis

**właściwe zaznaczyć*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

……
Pieczęć szkoły/placówki/pracodawcy/OKE

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej