

Załącznik 3b. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ oraz dla osoby uczestniczącej w kwalifikacyjnym kursie zawodowym, który kończy się nie później niż na 6 tygodni przed terminem egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

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	r	r

- ukończyłem KKZ, (miesiąc i rok ukończenia)*
- jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień*
- Nazwa i adres organizatora KKZ

Dane osobowe słuchacza (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.)*

w kwalifikacji

.....

oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego

..... 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

Ubiegam się o dostosowanie warunków egzaminu* TAK / NIE

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

.....

symbol kwalifikacji zgodnie z podstawą 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)

..... czytelny podpis

*właściwe zaznaczyć

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

..... data, czytelny podpis osoby przyjmującej

..... Pieczęć podmiotu prowadzącego KKZ

