**Załącznik 3b**

**uczestnik KKZ /osoba, która ukończyła KKZ**

**Deklaracja przystąpienia do egzaminu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:* -------------------------

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Poznaniu

ul. Jawornicka 1, 60-161 Poznań

...........................................................................................................................................................................................

*nazwa i adres organizatora kwalifikacyjnego kursu zawodowego*

**Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie przeprowadzanego w terminie** sesja czerwiec-lipiec 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **.** |  |  |  |
| *oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową* |  |
| *nazwa kwalifikacji* |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *symbol cyfrowy zawodu* | *nazwa zawodu* |

🗌**po raz pierwszy\* /** 🗌**po raz kolejny\* do części** 🗌**pisemnej\*,** 🗌**praktycznej\***

**dostosowania**

🗌**TAK\* /** 🗌**NIE\***

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**\*** (w przypadku składania deklaracji do OKE)**\***

🗌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 szkoły/placówki/podmiotu prowadzącego kkz/oke** |  **....................................................................** ***data, czytelny podpis osoby przyjmującej*** |