Załącznik 3

UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT
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 korespondencyjny *(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 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.

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

Do deklaracji dołączam:

☐ Świadectwo ukończenia szkoły*
☐ Orzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)*
☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)*

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

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

…….
Pieczęć szkoły

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej