

UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

Trzebnica
 miejscowość, data

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Dane osobowe 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 w sesji zimowej 2024

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*

Do deklaracji dołączam:

- ☐ Świadectwo ukończenia szkoły*
- ☐ Orzeczenie/opinię publiczną 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

Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w zakresie przeprowadzania egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, zgodnie z przepisami ustawy o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie, został spełniony poprzez zamieszczenie klauzuli informacyjnej na stronie internetowej właściwej okręgowej komisji egzaminacyjnej.