# 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*

 Chęciny

miejscowość, data *d d m m r r r r*

* **ukończyłem KKZ,** (miesiąc i rok ukończenia) **……………………………………………………………,**\*
* **jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień ……………….………….**\* Nazwa i adres organizatora KKZ ……Powiatowy Zespół szkół w Chęcinach, ul. Białego Zagłębia 1, 26-060 Chęciny

……………………………………………………..……………………………………………………………...

**Dane osobowe słuchacza** *(wypełnić drukowanymi literami)*: Nazwisko:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię (imiona):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data urodzenia:

Numer PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

#### d d m m r r r r

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*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 2020 r.)\*~~**
	+ **w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 2021 r.)\* w kwalifikacji**

MG 19 Użytkowanie obrabiarek skrawających

*oznaczenie kwalifikacji zgodne*

*z podstawą programową szkolnictwa zawodowego nazwa kwalifikacji*

**wyodrębnionej w zawodzie**

 3 1 1 5 0 4 Technik mechanik

*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\*

* **Mam zdany egzamin zawodowy z następującej kwalifiakcji wyodrębnionej w tym zawodzie:**

.

*symbol kwalifikacji zgodnie*

*z podstawą programową nazwa kwalifikacji*

Do deklaracji dołączam\*:

* Świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie uzuskane 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*

 Pi ec zęć podmiotu p rowa d zą c ego KKZ

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.

