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

BYTOM d d m m r r r r
miejscowość, data

- **ukończyłem KKZ,** (miesiąc i rok ukończenia) **……,***
- **jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień 25 XI 2020 r.**
- **.*** Nazwa i adres organizatora **CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO im. Wojciecha Korfantego ul. POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 10, 41-902 BYTOM**

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 (styczeń – luty) 2021***

w kwalifikacji

AU.04
oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego

EKSPLOATACJA ŚRODKÓW TRANSPORTU DROGOWEGO
nazwa kwalifikacji

wyodrębnionej w zawodzie

832201
symbol cyfrowy zawodu

KIEROWCA MECHANIK
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 kwalifiakcji 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

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.