Załącznik 3

UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

Myszków ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐
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 cyf0rowy 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

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

……..
Pieczęć szkoły