

**ABSOLWENT ZLIKWIDOWANEJ SZKOŁY /
OSOBA POSIADAJĄCA ŚWIADCTWO UZYSKANE ZA GRANICĄ
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU**

.....
miejsowość, data *d d m m r r r r*

Dane osobowe (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):

miejsowość:

ulica i numer domu:

kod pocztowy i poczta: -

nr telefonu z kierunkowym: mail:

Jestem absolwentem* szkoły, która została zlikwidowana / przekształcona / w której zlikwidowano kształcenie w zawodzie

miesiąc i rok ukończenia szkoły:

*.....
nazwa i adres szkoły*

Posiadam świadectwo/inny dokument wydane za granicą* potwierdzające wykształcenie średnie/wykształcenie zasadnicze zawodowe/uznane za równorzędne świadectwu szkoły ponadgimnazjalnej/ponadpodstawowej w drodze nostryfikacji

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***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z egzaminem potwierdzającym kwalifikacje w zawodzie.

Do deklaracji dołączam:

- Świadectwo ukończenia szkoły*
- Dokument wydany za granicą potwierdzający wykształcenie średnie/wykształcenie zasadnicze zawodowe*
- Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza*
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza*

**właściwe zaznaczyć*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....
czytelny podpis

.....
Pieczęć oke

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej