Załącznik 3a. Deklaracja dla absolwenta, którego szkoła została zlikwidowana oraz osoby, która ukończyła KKZ – w przypadku likwidacji podmiotu prowadzącego KKZ

Uwaga: deklaracja dotyczy egzaminu w jednej kwalifikacji, osoba przystępująca do egzaminu w więcej niż jednej kwalifikacji wypełnia deklarację dla każdej kwalifikacji osobno

☐ **Jestem absolwentem szkoły zlikwidowanej** *nazwa i adres:*……

☐ **Ukończyłem/ukończyłam*** kwalifikacyjny kurs zawodowy, który był prowadzony przez podmiot zlikwidowany

miesiąc i rok ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego:.....

nazwa i adres podmiotu.....

.....
miejscowość, data *d d m m r r r r*

Dane osobowe absolwenta/ osoby, która ukończyła KKZ *(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 (deklarację składa się do 15 września 20……..r.)***

☐ **w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 20…….. r.,** a w przypadku osoby, która przystępuje do egzaminu powtórnie po sesji Zima, w terminie 7 dni po ogłoszeniu wyników egzaminu z tej sesji)*****

w kwalifikacji

. .....

oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego

.....
nazwa kwalifikacji

wyodrębnionej w zawodzie

.....
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* ☐ **TAK** / ☐ **NIE**

Do deklaracji dołączam*:

☐ Świadectwo ukończenia szkoły

☐ Zaświadczenie o ukończenio KKZ

☐ Orzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)

☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku występowania dysfunkcji lub w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)

.....
**właściwe zaznaczyć* *czytelny podpis*

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

…….
Pieczęć oke

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej