

## Załącznik 3b. 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/ absolwentką\* szkoły, która została zlikwidowana

nazwa i adres szkoły: .....

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

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

prowadzony przez .....

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

**Dane osobowe absolwenta/ osoby, która ukończyła KKZ (wypełnić drukowanymi literami):**

Nazwisko: .....

Imię (imiona): .....

Data urodzenia: .....

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: .....

Adres poczty elektronicznej .....

**Deklaruję przystąpienie do egzaminu zawodowego w terminie głównym\***

w sesji Zima (deklarację składa się do 15 września 20... r.)

w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 20... r. lub w przypadku ponownego przystępowania po egzaminie w sesji Zima – w czasie 7 dni od ogłoszenia wyników egzaminu)

w kwalifikacji.

.....

symbol kwalifikacji zgodny z podstawą programową szkolnictwa branżowego

.....  
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 ukończeniu 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)

.....  
czytelny podpis

\*właściwie zaznaczyć

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

.....  
Pieczęć oke



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 zawodowego, 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.