**Załącznik 1b: Wniosek o przedłużenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu zawodowego – formularz stosowany w SIOEPKZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Miejscowość, data | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Kod szkoły/placówki/ centrum / pracodawcy /podmiotu prowadzącego KKZ:** | | |  |  |  |  |  |  | – |  |  |  |  | |  | |
| **Pełna nazwa szkoły/ placówki/centrum/ pracodawcy/ podmiotu prowadzącego KKZ:** |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

**Dane teleadresowe szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica i numer: |  |
| Miejscowość: |  |
| Kod pocztowy i poczta: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Adres poczty elektronicznej: |  |
| Imię i nazwisko dyrektora szkoły /placówki/centrum/ podmiotu prowadzącego KKZ: |  |

**Wniosek**

**o przedłużenie upoważnienia**

**do przeprowadzenia części praktycznej egzaminu zawodowego**

Wnioskuję o przedłużenie upoważnienia do przeprowadzenie części praktycznej egzaminu zawodowego w kwalifikacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symbol kwalifikacji  zgodnie z podstawą programową kształcenia  w zawodzie szkolnictwa branżowego | Nazwa kwalifikacji | Nazwa zawodu/zawodów |
|  |  |  |

**Uzasadnienie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Symbol/ opis miejsca przeprowadzania części praktycznej egzaminu (limit znaków 2000 dla każdego wiersza) | Liczba stanowisk egzaminacyjnych |
|  |  |  |
|  |  |  |

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada:

* 1. warunki do realizacji kształcenia w zawodzie ………………. określone w podstawie programowej kształcenia w zawodzie szkolnictwa branżowego,
  2. warunki do samodzielnego wykonywania przez zdających zadań egzaminacyjnych zawartych w arkuszu egzaminacyjnym, z uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz warunki socjalne w następujących miejscach:

|  |
| --- |
|  |

* 1. możliwość przystąpienia do egzaminu zawodowego osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych w warunkach dostosowanych do ich potrzeb i możliwości: (proszę opisać dostosowanie warunków do potrzeb i możliwości osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych – *limit znaków 1 000*)

|  |
| --- |
|  |

* 1. udzielenie zdającym pierwszej pomocy medycznej:  
     (proszę opisać sposób zapewnienia zdającym pierwszej pomocy medycznej *– limit znaków 1 000*)

|  |
| --- |
|  |

Adres usytuowania opisanych powyżej miejsc przeprowadzania części praktycznej egzaminu (jeżeli różni się od siedziby szkoły/placówki/centrum/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ)

|  |  |
| --- | --- |
| Ulica i numer: |  |
| Miejscowość: |  |
| Telefon: |  |
| Faks: |  |
| Adres poczty elektronicznej: |  |

Dokument wygenerowany elektronicznie z SIOEPKZ i nie wymaga pieczęci ani podpisu.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. |