Załącznik 3

UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

-- □□□□□□□□
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 cyfrowy 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