# Załącznik 3b UCZESTNIK KKZ /OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA KKZ

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU**

**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)*: miejscowość:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ulica i numer domu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

kod pocztowy i poczta:

## nr telefonu z kierunkowym:

***-***

## mail:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

🗌 **Jestem uczestnikiem** kwalifikacyjnego kursu zawodowego **\*/** 🗌 **ukończyłem/ukończyłam\*** kwalifikacyjny kurs zawodowy

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

...........................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

*nazwa i adres organizatora kwalifikacyjnego kursu zawodowego*

# 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.

Do deklaracji dołączam:

🗌 Zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego**\*** (w przypadku składania deklaracji do OKE)**\***

🗌 Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza \*

🗌 Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza\* (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)\*

|  |  |
| --- | --- |
| \**właściwe zaznaczyć* | ........................................................  *czytelny podpis* |

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzam przyjęcie deklaracji  ………………………………………………….  Pieczęć szkoły/placówki/podmiotu prowadzącego kkz/oke | ....................................................................  *data, czytelny podpis osoby przyjmującej* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, 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. |