

UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT
DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO EGZAMINU

 miejscowość, data

Dane osobowe ucznia/słuchacza/absolwenta (wypełnić drukowanymi literami):

Nazwisko:

[illegible]

Imię (imiona):

[illegible]

Data i miejsce urodzenia:

[illegible]

d d m m r r r r

Numer PESEL:

Age Group	Percentage
18-24	22%
25-34	28%
35-44	18%
45-54	15%
55-64	12%
65-74	8%
75-84	5%
85+	2%

w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres korespondencyjny (wypełnić drukowanymi literami):

miejsowość:

[illegible]

ulica i numer domu:

kod pocztowy i poczta:

[illegible]

nr telefonu z kierunkowym:

--	--	--	--	--	--	--

mail:

[illegible]

**Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie
przeprowadzanego w terminie**

oznaczenie kwalifikacji zgodne
z podstawą programową

nazwa kwalifikacji

[illegible]

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*

Do deklaracji dołączam:

☐ Świadectwo ukończenia szkoły*

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

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

czytelny podpis

**właściwe zaznaczyć*

czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

data, czytelny podpis osoby przyjmującej

Pieczęć szkoły