**Załącznik 3c. Deklaracja dla osoby, przystępującej do egzaminu eksternistycznego potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie, osoby dorosłej – uczestnika przygotowania zawodowego**

**🗌 Jestem osobą dorosłą, która jest uczestnikiem** 🗌 praktycznej nauki zawodu dorosłych\*/ 🗌 przyuczenia do pracy dorosłych\*

**🗌 Jestem osobą dorosłą, która co najmniej dwa lata kształciła się lub pracowała w zawodzie**, w którym wyodrębniono kwalifikację, którą chcę potwierdzić\*

**🗌 Posiadam świadectwo/inny dokument wydane za granicą\*** potwierdzające wykształcenie średnie/ /wykształcenie zasadnicze zawodowe/uznane za równorzędne świadectwu szkoły ponadgimnazjalnej/ /ponadpodstawowej w drodze nostryfikacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| miejscowość, data | *d* | *d* | *m* | *m* | *r* | *r* | *r* | *r* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osobowe** *(wypełnić drukowanymi literami)*: |  |  |
| Nazwisko: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię (imiona): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data 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**: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **adres poczty elektronicznej** |  |

 **Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie**\*

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

🗌**w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 20……..r.)**

**w kwalifikacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | . |  |  |   |  |  |
| *oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego* |  |
| *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**

**🗌 Mam zdany egzamin zawodowy z następującej kwalifiakcji wyodrębnionej w tym zawodzie:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | . |  |  |  |   |  |  |
|  |  | *symbol kwalifikacji zgodnie* *z podstawą programową* |  |
|  |  | *nazwa kwalifikacji* |

Do deklaracji dołączam\*:

🗌Świadectwo uzuskany po potwierdzające kwalifikację w zawodzie uzyskane po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie

🗌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 oke |  ....................................................... *data, czytelny podpis osoby przyjmującej* |