**Załącznik 3c. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ oraz dla osoby uczestniczącej w kwalifikacyjnym kursie zawodowym, który kończy się nie później niż na 6 tygodni przed pierwszym dniem terminu głównego egzaminu zawodowego**

*Uwaga: deklaracja dotyczy egzaminu w jednej kwalifikacji, osoba przystępująca do egzaminu w więcej niż jednej kwalifikacji wypełnia deklarację dla każdej kwalifikacji osobno*

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

🗌**ukończyłem KKZ,** (miesiąc i rok ukończenia) \***…………………………………………………….……………………**

🗌**jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień**\* **24.11.2024**

Nazwa i adres organizatora KKZ : Centrum Kształcenia Zawodowego Nr 2 w CKZiU w Stalowej Woli

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osobowe osoby składającej deklarację** *(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**: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres poczty elektronicznej** |  |

**Deklaruję przystąpienie do egzaminu zawodowego w terminie głównym**\*

🗌**w sesji Zima (deklarację składa się do 15 września 2024 r.)**

🗌**w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 2025 r.** lub w przypadku ponownego przystępowania po egzamine w sesji Zima – w czasie 7 dni od ogłoszenia wyników egzaminu**)**

**w kwalifikacjI**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***EKA*** | ***.*** | ***05*** |

*symbol kwalifikacji zgodny z podstawą programową szkolnictwa branżowego* | **Prowadzenie spraw kadrowo-płacowych i gospodarki finansowej jednostek organizacyjnych** |
| *nazwa kwalifikacji* |
| **wyodrębnionej w zawodzie** |
|  | ***4*** | ***3*** | ***1*** | ***1*** | ***0*** | ***3*** | **TECHNIK RACHUNKOWOŚCI** |
|  | *symbol cyfrowy zawodu* | *nazwa zawodu* |

**Do egzaminu będę przystępować**\*

🗌**po raz pierwszy** 🗌**po raz kolejny w części pisemnej** 🗌**po raz kolejny w części praktycznej**

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

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

Ubiegam się o dostosowanie warunków egzaminu\* ** TAK /  NIE**

Do deklaracji dołączam\*:

🗌Certyfikat kwalifikacji zawodowej uzuskany po zdaniu egzaminu zawodowego w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie

🗌Zaświadczenie o ukończeniu KKZ

🗌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 podmiotu prowadzącego KKZ | ..................................................................................................*data, czytelny podpis osoby przyjmującej* |