

Załącznik 3b. Deklaracja dla osoby, która ukończyła KKZ oraz dla osoby uczestniczącej w kwalifikacyjnym kursie zawodowym, który kończy się nie później niż na 6 tygodni przed terminem egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

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

..... Raciąż
..... miejscowość, data
d d m m r r r

- ukończyłem KKZ, (miesiąc i rok ukończenia),*
 - jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień,*
- Nazwa i adres organizatora KKZ

Dane osobowe słuchacza (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 potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

- w sesji Zima (deklarację składa się do 15 września 2020 r.)*
- w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 2021 r.)*

w kwalifikacji

AU 62
oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego

Wykonywanie zabiegów kosmetycznych ciała, dłoni i stóp

.....
nazwa kwalifikacji

wyodrębnionej w zawodzie

5 1 4 2 0 7
symbol cyfrowy zawodu

Technik usług kosmetycznych

.....
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 kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie:

.....
symbol kwalifikacji zgodnie z podstawą programową
.....
nazwa kwalifikacji

Do deklaracji dołączam*:

- Świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie uzyskane po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikację w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie
- Zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego
- Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)

.....
czytelny podpis

*właściwe zaznaczyć

.....
Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

.....
Pieczęć podmiotu prowadzącego KKZ

