

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

----- miejscowość, data

<i>d</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>

- 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:

<i>d</i>	<i>d</i>	<i>m</i>	<i>m</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>

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 r.)*

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

w kwalifikacji

M S

oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową szkolnictwa zawodowego

Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej

nazwa kwalifikacji

wyodrębnionej w zawodzie

5	3	2	1	0	2
---	---	---	---	---	---

symbol cyfrowy zawodu

Opiekun medyczny

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*:

Świadcstwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie uzyskane po zdaniu egzaminu potwierdzającego kwalifikacje 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

