

Załącznik 3a. Deklaracja dla ucznia, słuchacza lub absolwenta szkoły

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

jestem uczniem słuchaczem absolwentem

..... miejscowość, data

d	d	m	m	r	r	r	r
---	---	---	---	---	---	---	---

Dane osobowe ucznia/słuchacza/absolwenta (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 20... r.)

w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 2021 r.)

w kwalifikacji

MED	.	10
-----	---	----

*symbol kwalifikacji zgodny
z podstawą programową szkolnictwa
zbranżowego*

Świadczenie usług w zakresie masażu

nazwa kwalifikacji

wyodrębnionej w zawodzie

3	2	5	4	0	2
---	---	---	---	---	---

symbol cyfrowy zawodu

TECHNIK MASAŻYSTA

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

Do deklaracji dołączam*:

- Orzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)
- Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza* (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)
- Świadectwo ukończenia szkoły

*właściwie zaznaczyć

.....
czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....
Pieczęć szkoły

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej



Obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w zakresie przeprowadzania egzaminu zawodowego, zgodnie z przepisami ustawy o systemie oświaty oraz aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie, został spełniony poprzez zamieszczenie klauzuli informacyjnej na stronie internetowej właściwej okręgowej komisji egzaminacyjnej.