**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*

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

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

X**jestem uczestnikiem KKZ, termin ukończenia kursu wyznaczono na dzień**\* **14.04.2024r.**

Nazwa i adres organizatora KKZ Zespól Szkół Ponadpodstawowych im. W. Witosa w Giebułtowie, os. Szkolne 8 , 32-085 Giebułtów

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 20… r.)**

X**w sesji Lato (deklarację składa się do 7 lutego 2024 r.** lub w przypadku ponownego przystępowania po egzamine w sesji Zima – w czasie 7 dni od ogłoszenia wyników egzaminu**)**

**w kwalifikacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | O | | L | | . | | 0 | 4 | |  | |  | | **Prowadzenie produkcji rolniczej** |
| *symbol kwalifikacji zgodny  z podstawą programową szkolnictwa branżowego* | | | | | | | | | | | | | |  |
| *nazwa kwalifikacji* |
| **wyodrębnionej w zawodzie** | | | | | | | | | | | | | | |
| *6* | | *1* | | *3* | | *0* | | | *0* | | *3* | |  | **rolnik** |
|  | *symbol cyfrowy zawodu* | | | | | | | | | | | | | *nazwa zawodu* |

**Do egzaminu będę przystępować**\*

X**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 / X 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* |