UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

		<u></u>													<u> </u>	<u>L</u>		<u>l</u>	<u></u>	<u> </u>				
										m	iejsco	owość	, data			C	l	d	m	m	r	r	r	r
Dane osobowe ucznia/słucl	hacza	/abs	solw	enta	a (11	vpe	łnić	drui	kow	anyr	ni li	itera	mi)	:										
Nazwisko:											Ţ											T		
	·	·	·•						·•												·	·		
Imię (imiona):		<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>				<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>					<u> </u>	<u> </u>	
Data i miejsce urodzenia:		T	T	-	Ī	Ī	<u> </u>	Ī	1				Ī	Ī	Ī	Ī	Ī	T	T		Ī	T	<u> </u>	
Data i illicjsee diodzenia.	d	d	1 m	m	1	r	r	r	.J	L	<u>.i</u>	<u>L</u>	<u>l</u>	<u>l</u>	. <u>L</u>	. <u>l</u>	<u>l</u>	<u>i</u>	L		<u> </u>	. <u>l</u>	<u>L</u>	<u>l</u>
Numer PESEL:		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>			<u> </u>	<u></u>	<u> </u>													
w przypadku braku numeru PI	FSFL -	seri	ain	ume	r na	szno	rtu l	uh in	neo	o dol	zum	ontu	notv	vierd	zaja	ceac	to:	÷5/11	noś	ć				
										o aoi	·	cniu	poir	viciu	2ujų	cege	102	Loui	103	L				
Adres korespondencyjny (wypełi	nić	druk	towa	ınyı	mi li	tera	mi):			-T						····				[-T		T
miejscowość:		<u>.l</u>	<u></u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>	<u>i</u>			<u>.i.</u>	<u></u>	<u></u>		<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	<u></u>	<u> </u>
ulica i numer domu:		Ī			Ī			T	T		T						Ī							Ī
W. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	<u> </u>	L	<u>i</u>	<u>i</u>		<u>i</u>	<u>i</u>	L	<u>i</u>	<u>L</u>		<u>i</u>	<u>i</u>	<u>i</u>	<u>i</u>	<u>i</u>	<u>L</u>	<u>i</u>	L	i	L	<u>i</u>	<u>i</u>	<u>L</u>
kod pocztowy i poczta:			-																					
. 1.0	F	Т	ī	Ţ	T	T	T.		ī	1	.,													
nr telefonu z kierunkowyn	a:									m	ail:													
oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową														.,										
2 pousiumų programomų											naz	wa ki	valifi	ikacji										
symbol cyfrowy zawodu											no	azwa	zawo	odu										
□ po raz j	pierw	SZV	* /	□ pe	o ra	ız ko	oleji	nv*d	lo c	ześc	i 🗆	pise	mn	ei*.	□ p	rak	tvc	zne	*i*					
		٠		•						•		•		•	•		•		•					
								osov (* /			ļ.													
W	:		: . 1	. ائ. ما									:.		مادد			:			4	:	: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
Wyrażam zgodę na przetwa kwalifikacje w zawodzie.	arzann	e II	10101	n ua	шу	cii (osoo	owy	CII	uo (ceic)W 2	ZWIĄ	ĮZan <u>y</u>	yCII	Z	gz	amı	пеі	пр	οιν	vier	uzaj	ącyi
J																								
*właściwe zaznaczyć														•••••					 odp		•••••			
																	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, _F	···					
Do deklaracji dołączam:	ia szkc	vkv*																						
☐ Orzeczenie/opinię pub				ni ps	ych	olog	giczi	no-p	eda	gogi	czn	ej (v	v pr	zypa	ıdku	wy	stę	pov	van	ia d	lysf	unk	cji)	*
☐ Zaświadczenie o stanie	zdrov	via	wyd	ane	prz	ez le	ekar	za [*] (w p	rzyp	adk	u ch	oro	by l	ıb n	iesp	rav	vno	ści	cza	ısov	vej)	*	
*właściwe zaznaczyć														cz	yteln	y po	dpis	7						_
Potwierdzam przyjęcie	deklar	acii	į																					
		_												zyteli										
Pieczęć szkoły				•																				

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 potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, 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.