## UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

																		1								
								_			m	iejsc	owos	ść, data	1			d	d	,	m	m	r	r	r	
Dane osobowe ucznia/słuch	acza	/abs	solw	ent	a (1	פקעי	elnic	ć dr	ruko	w	anyi	mi l	iter	ami)	:											
Nazwisko:				Π	Π	Ī		I							I											
					_			_				_								_	_	$\neg$	$\overline{}$	$\neg \tau$		_
Imię (imiona):	Ш		<u> </u>	<u> </u>	<u></u>	<u></u>			L		<u></u>	_								L	1_	_L				_
Data i miejsce urodzenia:	П		Π	Т	Г	T	T	T	$\neg$			Τ	T	Т	T	Т	Т	T		Π	T	Т	T	T		Γ
	d	d	m	m	r	r	r	7	-				•													
				Г									7													
Numer PESEL:	Ш		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		Ц_					<u></u>	7													
w przypadku braku numeru PES	EL -	serio	a i n	ите	r pa	szpo	ortu	lub	inne	go	dol	cume	entu	potv	viero	taj	ące	go t	ożs	amo	ść					
Adres korespondencyjny (w	vpeh	nić d	druk	towa	ועמו	mi l	iter	ami	):																	
miejscowość:		Π	T	T	Ť	T	T	T	T			Π	Τ		Τ	Τ					I	$\Box$	$\Box$	$\Box$		
		,																		_						_
ulica i numer domu:		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>L</u>		1			L	<u>L</u>	<u> </u>		<u></u>						<u> </u>					L
cod pocztowy i poczta:	П	Γ	]_	Г	Т	Τ	٦	Г	Т			Π	Т	T	Τ	T	T	T			Τ	Т	T	T		
, , ,		-	,																							
ir telefonu z kierunkowym:											ma	ail:	_													
naczenie kwalifikacji zgodne																										
= podstawą programową												nazw	a ko	valifii	kacji											
symbol cyfrowy zawodu										_		na	nva	zawo	du											_
☐ po raz pie	erwsz	zy*	/ [	] po	ra	z ko	oleji	1y*	do d	czę	ści		oise	mne	j*,	Ωр	ra	kty	czn	ej*						
							lost			.:.																
					[	200	AK																			
yrażam zgodę na przetwarz	anie	mo	oich	da	nyc	h o	sob	ow	ych	do	o c	elóv	<i>N</i> 2	wiaz	zany	ch	z	egz	zam	ine	m	pot	twie	rdz	ają	су
valifikacje w zawodzie.														i	Ī											
*1vłaśchve zaznaczyć																	Ĭ	-,	,	Jour						
o deklaracji dołączam:	zkoh	.,*																								
☐ Orzeczenie/opinię public	znej	y pora	adni	psy	cho	olog	iczr	10-p	oeda	ago	gic	zne	j (v	v prz	ура	dku	w	yste	ро	wai	nia	dys	fun	kcji	)*	
☐ Zaświadczenie o stanie zo	lrowi	ia w	yda	ne p	rze	z le	karz	za*	(w p	orz	ypa	dku	ch	orob	y lu	b n	ies	pra	wn	ości	i cz	zaso	wej	)*		
*właściwe zaznaczyć		y it is													c=)	yteln	y po	odpi.	S				_			
Potwierdzam przyjęcie del	clarac	cii																								
1 Strift azam pizjijeste det		-J^											da	ta, cz									j .			
Dieczeć szkoly																										

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 przeprówadzania 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.