

WZÓR DEKLARACJI

UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU

Rzeszów

miejsowość, data

0	5	0	9	2	0	1	7
d	d	m	m	r	r	r	r

Dane osobowe ucznia/słuchacza/absolwenta (wypełnić drukowanymi literami):

Nazwisko:

N	O	W	A	K															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię (imiona):

A	D	A	M		A	N	D	R	Z	E	J								
---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:

2	7	0	5	1	9	9	8		R	Z	E	S	Z	Ó	W				
d	d	m	m	r	r	r	r												

Numer PESEL:

9	8	0	5	2	7	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

w przypadku braku numeru PESEL - seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres korespondencyjny (wypełnić drukowanymi literami):

miejsowość:

R	Z	E	S	Z	Ó	W													
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ulica i numer domu:

C	I	C	H	A		I													
---	---	---	---	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

kod pocztowy i poczta:

3	5	-	1	2	0		R	Z	E	S	Z	Ó	W						
---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

nr telefonu z kierunkowym:

5	0	4	7	8	9	5	7	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 mail: J.NOWAK@ONET.PL

**Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie
przeprowadzanego w terminiestyczeń – luty 2018.....**

A . 36

oznaczenie kwalifikacji zgodne
z podstawą programową

Prowadzenie rachunkowości

nazwa kwalifikacji

3	3	1	4	0	3
---	---	---	---	---	---

symbol cyfrowy zawodu

Technik ekonomista

nazwa zawodu

po raz pierwszy* / po raz kolejny* do części pisemnej*, praktycznej*

dostosowania

TAK* / NIE*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z egzaminem potwierdzającym kwalifikacje w zawodzie.

Adam Nowak

.....
czytelny podpis

*właściwe zaznaczyć

Do deklaracji dołączam:

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

.....
*właściwe zaznaczyć

.....
czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....
Pieczęć szkoły

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej

