**UCZEŃ / SŁUCHACZ / ABSOLWENT DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO EGZAMINU**

-------------------------------------------------------  
 miejscowość, data dzień-miesiąc-rok

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

Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię (imiona): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 dzień-miesiąc-rok miejsce

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 miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.

**Deklaruje przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie**   
**przeprowadzanego w terminie czerwiec-lipiec 2023**

INF. 01 Montaż i utrzymanie torów telekomunikacyjnych oraz urządzeń abonenckich

**742202**  **Monter sieci i urządzeń telekomunikacyjnych**  
symbol cyfrowy zawodu nazwa zawodu

.

Kształt po raz pierwszy\* / po raz kolejny do części Kształtpisemnej\* Kształt praktycznej\*

dostosowania KształtTAK\* / Kształt NIE\*

\*właściwe zaznaczyć

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 czytelny podpis  
Do deklaracji dołączam:  
KształtŚwiadectwa ukończenia szkoły\*  
KształtOrzeczenie/opinię publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej (w przypadku występowania dysfunkcji)\*  
Kształt Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza (w przypadku choroby lub niesprawności czasowej)\*

\*właściwe zaznaczyć \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 czytelny podpis

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Potwierdzam przyjęcie deklaracji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 data i czytelny podpis osoby przyjmującej

pieczęć szkoły