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

 Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
 miejscowość, data dzień-miesiąc-rok

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

Nazwisko: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Imię (imiona): Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Data urodzenia: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. Miejsce urodzenia: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.
 dzień-miesiąc-rok

Numer PESEL: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

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

.

**Adres korespondencyjny** (wypełnić drukowanymi literami)

Miejscowość: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Ulica i numer domu: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kod pocztowy i miejscowość: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Nr telefonu:Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. mail: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

**Deklaruję przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie**
**przeprowadzanego w terminie styczeń 2024**

INF.04 Projektowanie, programowanie i testowanie aplikacji

 **351406** **Technik programista**
 symbol cyfrowy zawodu nazwa zawodu

.

[ ]  po raz pierwszy\* [ ]  po raz kolejny do części [ ] pisemnej\* [ ]  praktycznej\*

dostosowania [ ] TAK\* / [ ]  NIE\*

\*właściwe zaznaczyć

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 czytelny podpis
Do deklaracji dołączam:
[ ]  Świadectwa ukończenia szkoły\*
[ ]  Orzeczenie/opinię publicznej 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 data i czytelny podpis osoby przyjmującej

 pieczęć szkoły