**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.09 Uruchamianie i utrzymanie sieci telekomunikacyjnych

**352203** **Technik telekomunikacji**  
 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