

**UCZESTNIK KKZ /OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA KKZ  
DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO EGZAMINU**

.....  
miejsowość, data *d d m m r r r r*

**Dane osobowe** (wypełnić drukowanymi literami):

Nazwisko: .....

Imię (imiona): .....

Data i miejsce urodzenia: .....  
*d d m m r r r r*

Numer PESEL: .....

*w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość***Adres korespondencyjny** (wypełnić drukowanymi literami):

miejsowość: .....

ulica i numer domu: .....

kod pocztowy i poczta: ..... - .....

nr telefonu z kierunkowym: ..... **mail:** .....

~~Jestem uczestnikiem~~ kwalifikacyjnego kursu zawodowego \*/  ~~ukończyłem/ukończyłam~~\* kwalifikacyjny kurs zawodowy  
miesiąc i rok ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego:.

CENTRUM KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO W RUDZIE ŚLĄSKIEJ,  
UL. GEN HALLERA 6, 41-709 RUDA ŚLĄSKA  
*nazwa i adres organizatora kwalifikacyjnego kursu zawodowego*

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

**T 1 5** ..... **ORGANIZACJA ŻYWIENIA I USUG GASTRONOMICZNYCH** .....  
*oznaczenie kwalifikacji* .....  
*zgodne z podstawą* .....  
*programową* ..... *nazwa kwalifikacji*

**3 4 3 4 0 4** ..... **TECHNIK ŻYWIENIA I USUG GASTRONOMICZNYCH** .....  
*symbol cyfrowy zawodu* ..... *nazwa zawodu*

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

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

Do deklaracji dołączam:

- zaświadczenie o ukończeniu kwalifikacyjnego kursu zawodowego \*  
 Zaświadczenie potwierdzające występowanie dysfunkcji wydane przez lekarza \*  
 Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza \*

\*właściwe zaznaczyć

.....  
czytelny podpis

Potwierdzam przyjęcie deklaracji

.....  
Pieczęć szkoły/placówki/podmiotu prowadzącego kkz/oke.....  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej