

Załącznik 1

Miejscowość, data _____

*Pieczęć szkoły/placówki/pracodawcy/ podmiotu
prowadzącego KKZ*

Kod szkoły/placówki/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ:

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

**Pełna nazwa szkoły/ placówki/
pracodawcy/ podmiotu
prowadzącego KKZ::**

Planowany termin egzaminu

Dane teleadresowe szkoły/placówki/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ:

Ulica i numer:

Miejscowość:

Kod pocztowy i poczta:

Telefon:

Faks:

E-mail:

Imię i nazwisko dyrektora
szkoły / placówki:

Wniosek o udzielenie*/przedłużenie* upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie

Wnioskuje o udzielenie upoważnienia do zorganizowania części praktycznej egzaminu zawodowego w kwalifikacji:

Oznaczenie kwalifikacji zgodne z podstawą programową kształcenia w zawodach	Nazwa kwalifikacji	Nazwa zawodu

Uzasadnienie

Informuję, że kierowana przeze mnie jednostka posiada

1. warunki zapewniające:

a. kształcenie określone w podstawie programowej kształcenia w zawodach:

(proszę wymienić istotne dla danej kwalifikacji wyposażenie – limit znaków 4000):

- b. samodzielne wykonywanie przez zdających zadań egzaminacyjnych zawartych w arkuszu egzaminacyjnym,
z uwzględnieniem bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz warunki socjalne:

Nr sali/miejsca	Opis miejsca, w którym będzie odbywała się część praktyczna egzaminu (limit znaków 2000 dla każdego wiersza)	Planowana liczba stanowisk egzaminacyjnych

- c. możliwość przystąpienia do egzaminu zawodowego osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych w warunkach dostosowanych do ich potrzeb i możliwości:
(proszę opisać dostosowanie warunków do potrzeb i możliwości osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych – limit znaków 1000)

- d. udzielenie zdającym pierwszej pomocy medycznej:
(proszę opisać sposób zapewnienia zdającym pierwszej pomocy medycznej – limit znaków 1000)

2. certyfikaty jakości (proszę wymienić jakie? – limit znaków 1000)

3. adres usytuowania opisanych powyżej stanowisk egzaminacyjnych (jeżeli różni się od siedziby szkoły/placówki/pracodawcy/podmiotu prowadzącego KKZ)

Ulica i numer: _____
 Miejscowość: _____
 Telefon: _____
 Faks: _____
 E-mail: _____

.....
 Podpis i pieczęć dyrektora szkoły/placówki/ pracodawcy/
 podmiotu prowadzącego KKZ