Pomorska Izba Rzemieślnicza
MAŁYCH I ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTW

NR PESEL

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

……
*(imię i nazwisko )*

……
*(adres zamieszkania )*

……

……
*(telefon kontaktowy, e-mail )*

# *WNIOSEK O EGZAMIN POPRAWKOWY*

Zwracam się z prośbą o wyznaczenie terminu egzaminu poprawkowego czeladniczego / mistrzowskiego * w zawodzie…….

Egzaminu czeladniczego/ mistrzowskiego * nie zaliczyłam/em z części (znakiem X zaznaczyć):

☐ teoretycznej

☐ praktycznej

**Ważne!** Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie uiszczenia opłaty za egzamin poprawkowy w wysokości 50% z obowiązującej stawki za egzamin czeladniczy/mistrzowski.

……. ……

(Miejsce i data) (Podpis kandydata)

*niepotrzebne skreślić