

.....
(imię i nazwisko upoważniającego)

.....
(miejscowość, data)

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

.....
(numer pesel)

.....
(adres)

.....

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU
DYPLOMU POTWIERDZAJĄCEGO KWALIFIKACJE ZAWODOWE
wraz z suplementem / ŚWIADECTWA POTWIERDZAJĄCEGO
KWALIFIKACJE W ZAWODZIE / ŚWIADECTWA DOJRZAŁOŚCI***

Upoważniam moją/ego.....
(stopień pokrewieństwa) (imię i nazwisko)

legitymującą/ego się dowodem osobistym.....
(seria i numer)

wydanym przez

do odbioru w moim imieniu dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe wraz z suplementem / świadectwa potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie / świadectwa dojrzałości* wydanego przez Okręgową Komisję Egzaminacyjną w Krakowie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis upoważniającego)

Osoba upoważniona wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w celu odbioru dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe wraz z suplementem / świadectwa potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie / świadectwa dojrzałości* zgodnie z art. 6 pkt 1 lit.a rozporządzenia RODO.

.....
(podpis osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić