

WNIOSEK O ZWROT OPŁATY EGZAMINACYJNEJ

SESJA (miesiąc/rok): _____

EGZAMIN (proszę podkreślić): YOUNG LEARNERS / KEY / KEY for Schools / PRELIMINARY/
PRELIMINARY for Schools / FIRST / FIRST for Schools / ADVANCED / CPE / BEC

NUMER KANDYDATA: _____

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA: _____

DATA URODZENIA (dd.mm.rrrr): _____

Wnoszę o zwrot opłaty egzaminacyjnej z powodu:

 rezygnacji z egzaminu, która została zgłoszona minimum na 3 dni przed zakończeniem rejestracji na dany egzamin zdrowotnego. Do wniosku dołączam zwolnienie lekarskie, które obejmują część pisemną egzaminu śmierci bliskiej osoby

Dane osobowe, zawierające informacje o stanie zdrowia, podlegają szczególnej ochronie, wynikającej z Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, 1669). Informacje dotyczące Pani/Pana nie będą wykorzystywane w celach dyskryminacyjnych. Poprzez podpisanie tego dokumentu zezwała Pani/Pan na przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana osoby jedynie do celów administracji egzaminów Cambridge, zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych. Pani/Pana dane osobowe zostaną przekazane do Cambridge Assessment English w celach wyżej wymienionych. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu w swoje dane oraz prawo do ich poprawiania. Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z powyższymi informacjami i wnioskuję o zwrot opłaty egzaminacyjnej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w wyżej wymienionym celu i na podanych warunkach.

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA I PODPIS: _____

IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA: _____

SESJA: _____

Na podstawie złożonych dokumentów Centrum Egzaminacyjne wystąpi do Cambridge Assessment English o zwrot opłaty egzaminacyjnej z powodu:

rezygnacji z egzaminu, która została zgłoszona minimum na 3 dni przed zakończeniem rejestracji na dany egzamin

zdrowotnego. Do wniosku dołączam zwolnienie lekarskie, które obejmują część pisemną egzaminu

śmierci bliskiej osoby

DATA I PODPIS PRACOWNIKA CENTRUM:
