



**EZRA Nyelvvizsgaközpont 5600 Békéscsaba, Szent István tér 9.
Email: cigany-nyelvoktatas@cigany-nyelvoktatas.hu**

KÉRELEM
FOGYATÉKKAL ÉLŐ VIZSGÁZÓK SZÁMÁRA
(Kérjük, NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL kitölteni!)

VEZETÉKNÉV: UTÓNÉV:

ANYJA SZÜLETÉSI NEVE:

SZÜLETÉSI HELY: SZÜLETÉSI IDŐ: év hó nap

Értesítési cím:

Irányítószám: Település: Utca, házszám:

Telefonszám:

E-mail:@.....

Iskola/Munkahely:..... Foglalkozás:

VIZSGA NYELVE: VIZSGA SZINTJE:

VIZSGAHELY: VIZSGAIDŐSZAK:

ÉRINTETT VIZSGARÉSZ:

KÉRT KEDVEZMÉNY:

KÉRELEM LEÍRÁSA:

.....
.....
.....

Dátum:

Kérelmező aláírása:

**A KÉRELMET A JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐIG SZÍVESKEDJEN A
VIZSGAKÖZPONTNAK MEGKÜLDENI.**

KÉRJÜK, CSATOLJA A 6 HÓNAPNÁL NEM RÉGEBBI ORVOSI SZAKVÉLEMÉNYT!

Az eljárás díjtalan.

Utólagosan leadott kérelem, illetve orvosi igazolás alapján nem vehetők igénybe a kedvezmények.