

.....
(miejscowość, data)

Dyrektor
Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
ul. Kopernika 9
76-100 Sławno

Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa

Imię i nazwisko

Adres:

Telefon:

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia / dojrzałości / promocyjnego*
Szkoły Podstawowej, Gimnazjum, Technikum, Zasadniczej Szkoły Zawodowej, Branżowej Szkoły I
stopnia)*

Nazwa i siedziba szkoły

.....
.....
którą ukończyłem / am * w roku

Imię i nazwisko osoby, na którą wystawiono oryginał świadectwa:

.....
Imiona rodziców:

Data i miejsce urodzenia:

Oświadczam, że (proszę wskazać, co się stało z oryginałem świadectwa / dyplomu) :

Po odbiór powyższego duplikatu:

1. zgłoszę się osobiście *
2. proszę o przesłanie na wskazany poniżej adres *:

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Załączniki:

1. Potwierdzenie wniesienia opłaty;
2. W przypadku, gdy wnioskodawca nie jest osobą, na którą wydano oryginał świadectwa /
dyplomu – upoważnienie wystawione przez właściciela dokumentu.

*niepotrzebne skreślić
