

Nazwisko: ..... , dn. ....

Nazwisko rodowe: .....

Imiona: .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia:  
.....

Adres zamieszkania:  
.....  
.....

tel. kontaktowy: .....

nr D.O. ....

**Dyrektor**

**Zespołu Szkół Ponadpodstawowych nr 3  
im. Jana Pawła II w Tomaszowie Maz.  
ul. Legionów 47  
97-200 Tomaszów Maz.**

### WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa .....

(podać rodzaj świadectwa)

.....  
(podać typ i nazwę szkoły)

wydanego w ..... roku, którego oryginał .....

(podać co się stało z oryginałem)

#### Oświadczenie

Pouczona/y o odpowiedzialności karnej z art. 272 KK za składanie fałszywych oświadczeń (przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3), niniejszym stwierdzam, że oryginał świadectwa został przeze mnie utracony. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu traci ważność oryginał dokumentu. W przypadku odnalezienia utraconego oryginału zobowiązuje się do zwrócenia go Zespołowi Szkół Ponadpodstawowych nr 3 im. Jana Pawła II w Tomaszowie Maz.

Wyrażam zgodę  nie wyrażam zgody  na przetwarzanie danych osobowych do celów związanych z wydaniem duplikatu świadectwa.

.....  
*czytelny podpis składającego wniosek*

Do wniosku dołączam dowód wpłaty

#### ADNOTACJE

Duplikat świadectwa wydano dn. ....

*podpis potwierdzającego*

#### POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTU

Potwierdzam odbiór duplikatu świadectwa

.....  
*data odbioru.*

.....  
*nr dowodu osobistego*

.....  
*czytelny podpis odbierającego*