

Czarna Białostocka, dn.

.....
nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
ulica, nr domu

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
data i miejsce urodzenia/PESEL

.....
nr telefonu

Pan Mirosław Beń
Dyrektor Zespołu Szkół
ul. Sienkiewicza 7
16-020 Czarna Białostocka

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa dojrzałości /szkolnego do klasy..... / ukończenia szkoły* .

Wydanego w roku:.....(*rok wydania oryginału świadectwa*) gdyż oryginał

.....
(*opis zniszczenia, zgubienia, kradzieży*) .

Rok ukończenia szkoły.....

.....
(*data i czytelny podpis wnioskodawcy*)

WYRAŻAM ZGODĘ

.....
(*podpis dyrektora*)

Duplikat świadectwa odebrałem/am*

.....
(*data i podpis*)

**niepotrzebne skreślić*