

Zakręt, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna/ pełnoletniego absolwenta

Adres zamieszkania:

kod: miejscowość:

ulica:

nr telefonu:

**Do Dyrektora Szkoły Podstawowej
im. C. K. Norwida w Zakręcie**

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU
świadectwa szkolnego**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia szkoły/promocyjnego* wydanego na rzecz:

(nazwisko i imię wnioskodawcy, którego dotyczy świadectwo)

urodzonego W

Do szkoły uczęszczałam/uczęszczałem* w latach od do

Szkołę ukończyłam/ ukończyłem* w roku szkolnym/.....

Oryginał świadectwa uległ:

(zniszczeniu, zgubieniu – proszę podać powód i okoliczności)

Do wniosku dołączam dowód opłaty za wydanie duplikatu świadectwa.

.....
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/ pełnoletniego absolwenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE L 119/1) w celu: wydania duplikatu legitymacji szkolnej.

.....
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/ pełnoletniego absolwenta

Opłatę w wysokości 26 zł za duplikat należy dokonać przelewem bankowym na rachunek:

94 8001 0005 2003 0020 0329 0003

Szkoła Podstawowa im. C. K. Norwida w Zakręcie, ul. Szkolna 11, 05-077 Warszawa

Tytułem: Duplikat świadectwa (imię i nazwisko osoby, której dotyczy świadectwo)

*niewłaściwe skreśl