…………………………. dnia.………..….......

Zespół Placówek im. Jana Pawła II

w Lubaczowie

ul. Kościuszki 145

37-600 Lubaczów

**Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa szkolnego**

***Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………….***

***Adres: …………………………………………………………………………………………………………....***

***…………………………………………………………………………………………………………………….***

***Telefon: ……………………………………………………………………………………………………….…***

 Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa / ukończenia / promocyjnego \*

 Nazwa i adres szkoły ………….…………………………………………………………………….…..…

……………………………………………………………………………………………………………….

którą ukończyłem 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):

…………………………………………………………………………………………………………………

Odbiór powyższego duplikatu:

1. odbiorę osobiście \*
2. proszę przesłać na wskazany poniżej adres \*:

…………………………………………………..……………………………………………………

 ………………………………………………….

 ***(podpis osoby składającej wniosek)***

Załącznik:

 - Potwierdzenie uiszczenia opłaty w wysokości 26 zł (wpłaty na konto Bank Spółdzielczy

 w Lubaczowie – nr konta **30910100032001000620110001**)

 \*niepotrzebne skreślić

**Podanie o wydanie duplikatu świadectwa szkolnego do pobrania w sekretariacie lub na stronie internetowej Ośrodka.**