………………………… …………………………..

 (imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……………………………….

 (adres zamieszkania)

……………………………….

 ( data i miejsce urodzenia)

……………………………….

 ( telefon)

Dyrektor Centrum Kształcenia

Zawodowego i Ustawicznego

w Strzelcach Opolskich

**Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa (dojrzałości/ ukończenia)

…………………………………………………………………………………………….

( nazwa szkoły)

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

( adres szkoły)

……………………………………………………………………………………………..

 ( podać klasę, profil, nazwisko wychowawcy)

którą ukończyłem / am w roku …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………..

 ( imię i nazwisko osoby na którą wystawiono oryginał świadectwa)

Oświadczam, że ……………………………………………………………………………

 ( proszę wskazać co się stało z oryginałem świadectwa)

Prośbę swą uzasadniam…………………………………………………………………….

 ( w jakim celu składany jest wniosek o wydanie duplikatu świadectwa)

Po odbiór powyższego duplikatu zgłoszę się osobiście.

Uwaga: Opłatę za duplikat w kwocie 26,00 zł. proszę wnieść na konto bankowe:

**Bank Spółdzielczy Strzelce Opolskie**

**34-8907-1089-2002-1001-0165-0001**

 …………………………………………..

 (podpis osoby składającej wniosek)