…………………………….dnia…………………

 ( dzień ,miesiąc , rok )

 *Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa*

Imię i nazwisko……………………………………………..

Data urodzenia …………………………………………….

Pesel……………………………………………………………..

Telefon………………………………………………………….

 Dyrektor Zespołu Szkół nr 31

 im. Jana Kilińskiego

 01-513 Warszawa

 ul. Felińskiego 13

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

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

 (nazwa szkoły )

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

 (adres szkoły )

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

 ( podać klasę ,profil, nazwisko wychowawcy )

Którą ukończyłem/am w roku …………………………………………………………………………………………………

Po odbiór powyższego duplikatu :

1. zgłoszę się osobiści

2. proszę o przesłanie na wskazany poniżej adres

………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………..

 ( podpis osoby składającej wniosek )

Opłatę w wysokości 26,00 zł za duplikat świadectwa należy dokonać

na konto **04 1030 1508 0000 0005 5099 0067**

W tytule przelewu należy wpisać :opłata za duplikat legitymacji szkolnej, imię i nazwisko osoby ubiegającej się o wydanie duplikatu

\*niepotrzebne skreślić