Mogielnica, dnia ………………………………………

…………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko)

………………………………………………………………………

 (adres)

……………………………………………………………………..

 (nr telefonu)

**Dyrektor**

**Zespołu Szkół Ogólnokształcących**

**im. Jana Kilińskiego**

**w Mogielnicy**

**Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa szkolnego**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa

…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………. (dojrzałości, ukończenia szkoły, promocyjnego z klasy)

wydanego przez ……………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa szkoły)

W/w świadectwo zostało wystawione dla ………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

Do szkoły uczęszczał (a) w latach od ……………………… do …………………………..

Oryginał świadectwa uległ ……………………………………………………………………………………...................

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

(podać okoliczności zniszczenia, zagubienia)

……..……………………………………………………………….

(czytelny podpis)

Załączniki:

1. Potwierdzenie dokonania opłaty za duplikat – 26 zł.

 numer konta **49 8002 0004 0045 9941 2021 0001**

**z dopiskiem: „Opłata za duplikat świadectwa szkolnego, imię i nazwisko”**