

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”**