

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA

Lubin, dnia r.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dyrektor
Zespołu Szkół Nr 2
im. Jana Wyżykowskiego w Lubinie

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu

wydanego przez

w roku , którego oryginał został

Oświadczam, że opłata za wydanie duplikatu w wysokości **26,00 złotych** zostanie w ciągu 7 dni wpłacona na rachunek bankowy Zespołu Szkół Nr 2 im. Jana Wyżykowskiego w Lubinie, numer konta:
68 1020 3017 0000 2902 0588 0895.

Duplikat dokumentu: odbiorę osobiście proszę przesłać na w/w adres.

Oświadczam, że pouczone(y) o odpowiedzialności karnej z art. 272 kk za składanie fałszywych oświadczeń (przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3), niniejszym stwierdzam, że przedstawione we wniosku okoliczności utraty oryginału dokumentu są prawdziwe. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż z chwilą otrzymania duplikatu, traci ważność oryginał dokumentu. W przypadku odnalezienia utraconego oryginału, zobowiązuję się do zwrócenia go Zespołowi Szkół Nr 2 im. Jana Wyżykowskiego w Lubinie.

Administratorem danych jest Zespół Szkół Nr 2 im. Jana Wyżykowskiego w Lubinie ul. Szpakowa 1, 59-300 Lubin. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: iod@amt24.biz. Dane podane przez Ciebie na formularzu będą przetwarzane w celu procedowania wniosku. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w zakładce Dokumenty/RODO na stronie internetowej <https://www.zs2lubin.pl>. Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpłaty w załączeniu.