

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA

Lubin, dnia r.

.....
Imię/imiiona i nazwisko

.....
Nazwisko rodowe

.....
PESEL

.....
Data i miejsce urodzenia

.....
Adres do korespondencji

.....

.....
telefon kontaktowy

Dyrektor

Zespołu Szkół Nr 2

im. Jana Wyżykowskiego w Lubinie

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia szkoły/dojrzałości/ promocyjnego/
dyplomu/* wydanego przez

.....

(proszę podać dokładną nazwę szkoły, adres, typ szkoły, profil, zawód, specjalność)

w roku , którego oryginał został

.....

(proszę wskazać okoliczności utraty dokumentu)

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.