……
(miejscowość, data)

……
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……
(adres zamieszkania)

……
(adres zamieszkania)

……
(numer telefonu, adres e-mail)

……
(data urodzenia/numer PESEL)

Dyrektor
LXX LO im. Aleksandra Kamińskiego
Ul. Dembowskiego 1, 02-784 Warszawa

Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu ……

.....
(*nazwa dokumentu*)

Wydanego dnia ....., którego oryginał został zniszczony/zagubiony*.

Zostałem poinformowany(a), że z chwilą wystawienia duplikatu oryginał traci moc prawną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania duplikatu dokumentów szkolnych.

.....
** niepotrzebne skreślić*

……
(podpis osoby składającej wniosek)