Nowy Sącz, dnia …………………………

…..………………………………………….……

*(imię i nazwisko ucznia/absolwenta-nazwisko panieńskie)*

………………………………………………………………………….

*(data i miejsce urodzenia)*

…………………………………………..………

*(adres zamieszkania)*

…………………..………………………………

*(telefon kontaktowy)*

…………………………………………………..

*(PESEL)*

**Do Dyrektora I Liceum Ogólnokształcącego**

**z Oddziałami Dwujęzycznymi**

**im. Jana Długosza w Nowym Sączu**

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa ……………………………………………..…………. .

*(dojrzałości ,ukończenia szkoły, promocyjnego)*

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

(*nazwa szkoły)*

które ukończyłem/łam w ………………..roku w klasie ………………, której wychowawcą

była/ był Pani/Pan ………………………………………. .

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

(*proszę określić co się stało z oryginałem*)

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

……………………………………

*podpis*

**Za wydanie duplikatu świadectwa należy uiścić opłatę w wysokości : 26,00 złotych na konto:**

**ING O/Nowy Sącz Nr : 58 1050 1445 1000 0023 5306 4286**

***Wypełnia szkoła***

Wyrażam zgodę

SU. 4215. …… . 202…….

\* Rozchód w/w duplikatu zarejestrowano w księdze druków ścisłego zarachowania

o nr ……………. na stronie …………… pod poz. ……………

Potwierdzam odbiór w/w duplikatu

Seria i nr dokumentu tożsamości………………………………………………………………………………………….

Data i podpis ……………………………………………………………………………………………………………………….