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