…………………………………..…..…….……... Warszawa, dnia………………………………r.

(Imię nazwisko)

………………………………………….……..…..

(data urodzenia)

……..…………………………………..…….……

(miejsce urodzenia)

……..…………………………………..…….……

 (PESEL)

………………………………………………….….

(numer telefonu)

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

(imiona rodziców)

Dyrektor Zespołu Szkół

Licealnych i Technicznych nr 1

ul. Wiśniowa 56

02-520 Warszawa

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa/zaświadczenia ……………………………………………………………………

(typ świadectwa: ukończenia szkoły/ dojrzałości)

uczęszczałam/łem ………………………………………………………………………………………………………………………………………...

(nazwa i adres szkoły)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

o kierunku …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

w latach……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .

Prośbę swą motywuję:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………

(czytelny podpis)

kwituję odbiór duplikatu świadectwa/

zaświadczenia

…………………………………………………………

Data czytelny podpis