

Kościerzyna, dn.....

Pan Dyrektor
Powiatowego Zespołu Szkół nr 2
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Kościerzynie
ul. Józefa Wybickiego 1

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa.....
(ukończenia szkoły/dojrzałości)

Dane osobowe

															Nazwisko						
										Imię					Drugie imię						
Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)										Miejsce urodzenia											
Nazwisko rodowe																					
Nazwa szkoły																					
Rok ukończenia																					
Adres do korespondencji																					
Miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania																					
Kod, Miejscowość (Poczta)										telefon											

Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności karnej z tytułu podania nieprawdziwych danych oświadczam, że oryginalne świadectwo uległo.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych związanych z wydaniem w/w duplikatu świadectwa w PZS nr 2 w Kościerzynie na czas przygotowania i wydania świadectwa.

.....
podpis