………………………………………………………. Wolin,……………………..

Imię i nazwisko

……………………………………………………….

Pesel

……………………………………………………….

Data urodzenia

……………………………………………………….

Telefon kontaktowy

**Dyrektor**

**Publicznej Szkoły Podstawowej**

**im. B. Krzywoustego w Wolinie**

**Podanie o duplikat świadectwa szkolnego**

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

Rok ukończenia ………………………………

…………………….…………………..

Podpis

Kwituję odbiór świadectwa

Data…………………….; Seria i nr dowodu osobistego…………………………….

Podpis………………………………………………………………