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