Syców, dnia…….

1. Nazwisko i imię……
2. Nazwisko panieńskie……
3. Adres zamieszkania……..
4. Telefon…….
5. Data urodzenia…….
6. PESEL…….....

Dyrektor
Zespołu Szkół Ponadpodstawowych
w Sycowie

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa…….
(zawód)

Typ szkoły……

Rok ukończenia……

Wychowawca……

Uzasadnienie – co stało się z oryginałem świadectwa…….

…….....

……..

……..

……
Podpis

Poniższe opłaty należy wnosić na konto
Bank Spółdzielczy Oddział w Sycowie
Numer konta bankowego: 90 9584 0008 2006 0600 4538 0012
z dopiskiem: za wydanie duplikatu
(duplikat świadectwa – 26 zł)
(legitymacja szkolna – 9 zł)