

.....  
miejsowość, data

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu)

**Do Dyrektora  
Medyczo – Społecznego Centrum  
Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego  
w Przemyślu**

**Wniosek o wystawienie duplikatu świadectwa / dyplomu\***

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa / dyplomu\*

.....  
(nazwa szkoły)

.....  
(siedziba)

.....  
(zawód w którym się uczył )

którą ukończyłem / am \* w roku.....

.....  
(imię i nazwisko osoby, na którą wystawiono oryginał świadectwa / dyplomu)

.....  
(imiona rodziców)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

Oświadczam, że .....  
(proszę wskazać co stało się z oryginałem świadectwa / dyplomu)

Po odbiór powyższego duplikatu:

1. zgłoszę się osobiście \*
2. proszę o przesłanie na wskazany poniżej adres \*

.....  
Oświadczam, że znana mi jest treść art. 272 Kodeksu Karnego – odpowiedzialność karna za poświadczenie nieprawdy. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwila otrzymania duplikatu traci ważność oryginał dokumentu.

.....  
(podpis osoby składającej wniosek)