

Konin, dn.

Imię i Nazwisko:

Nazwisko rodowe:

PESEL:

Tel.:

Rok ukończenia szkoły / klasy.....

Poziom ukończenia:

**Liceum Ogólnokształcące
Konińskie Centrum Edukacyjne
ul.Mickiewicza 11
62-500 Konin**

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA

☐ UKOŃCZENIA SZKOŁY*

☐ UKOŃCZENIA KLASY*

Proszę o wydanie duplikatu ww. dokumentu. Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam oryginału świadectwa, ponieważ:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis wnioskodawcy:

.....

Potwierdzam odbiór ww. duplikatu.

Nr dowodu tożsamości:

Miejscowość i data

Podpis wnioskodawcy:

.....

* zaznaczyć właściwe