Szkoła im. J. Piłsudskiego
Żywiec Moszczanica

Żywiec, dnia_____

Nazwisko _____
Nazwisko Panieńskie_____
Imię _____Rok szkolny_____
Telefon kontaktowy_____
Data i miejsce urodzenia _____
Adres zamieszkania _____

DYREKTOR

ZESPOŁU SZKÓŁ AGROTECHNICZNYCH
I OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH W ŻYWCU

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa dojrzałości/ ukończenia szkoły

_____,
którego oryginał został zniszczony/ zgubiony.

Oświadczam, że okoliczności utraty oryginału przedstawiłem/ przedstawiłam zgodnie z prawdą, będąc świadomym/ świadomą odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 272 KK (przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3)

_____ _____
(miejscowość i data) (czytelny podpis)

Opłata za duplikat świadectwa płatny przelewem na konto:

Zespół Szkół Agrotechnicznych i Ogólnokształcących im. Józefa Piłsudskiego w Żywcu
ul. Moszczanicka 9, 34-300 Żywiec
Nr konta: 41 1560 1023 0000 9140 0001 5895

Kwota do zapłaty: 26,00 zł (słownie: dwadzieścia sześć złotych)

Tytułem: duplikat świadectwa