

### Załącznik nr 3

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

Dyrektor  
Publicznej Szkoły Podstawowej  
im. Powstańców Śląskich  
w Zębowicach

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa .....  
(ukończenia szkoły, promocyjnego z klasy)

.....  
(nazwa szkoły)

wydanego przez ..... w ..... roku.

W/w świadectwo zostało wystawione dla .....  
(nazwisko i imię)

ur. .... W ....., .....  
(data urodzenia) (miejsce urodzenia) (województwo)

Do szkoły uczęszczałam / łem w latach od ..... do .....

Szkołę ukończyłam / łem w roku szkolnym .....

Oryginał świadectwa uległ .....  
(podać okoliczności zniszczenia, zagubienia)

Oświadczam, że znana mi jest, wynikająca z art. 272 Kodeksu Karnego, odpowiedzialność karna za poświadczenie nieprawdy (*Kto wyludza poświadczenie nieprawdy poprzez podstępne wprowadzenie w błąd funkcjonariusza publicznego lub innej osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu, podlega karze pozbawienie wolności do lat 3*).

Po odbiór powyższego duplikatu:

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

.....  
3. proszę wydać osobie posiadającej pisemne upoważnienie \*

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis)

Załącznik:  
- dowód wpłaty

**Oplatę za duplikat świadectwa należy wpłacić na rachunek:**

**Kwota 26,00 zł**

Publiczna Szkoła Podstawowa im. Powstańców Śląskich w Zębowicach

ul. Oleska 10

46-048 Zębowice

81 8909 0006 0030 0306 4744 0001

tytułem: duplikat świadectwa szkolnego, imię i nazwisko

Potwierdzam odbiór duplikatu

Data .....

Podpis .....