

Leszno, dn.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres)

**Dyrektor
Zespołu Szkół Technicznych – Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego w Lesznie**

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa - ukończenia, dojrzałości (**właściwe podkreślić**)

Nazwa szkoły.....

Rok ukończenia..... kierunek

Data i miejsce urodzenia

Przyczyna utraty świadectwa.....

.....
Podpis wnioskującego

Potwierdzenie odbioru duplikatu świadectwa

Leszno , dn.

Nr dowodu osobistego

wydany przez

.....
podpis odbierającego