

NAZWISKO

IMIONA

PESEL

DATA I MIEJSCE

URODZENIA

ADRES DO KORESPONDENCJI:

.....

.....

TEL. KONTAKTOWY:

**DYREKTOR
CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
I OŚRODKA DOKSZTAŁCANIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO
W STALOWEJ WOLI**

WNIOSEK

Proszę o wydanie duplikatu

.....

.....

Nadmieniam, iż oryginał w/w dokumentu został zniszczony/zgubiony*.

Oświadczam, że okoliczność utraty oryginału dokumentu przedstawiłam/ przedstawiłem* zgodnie z prawdą, będąc świadomą/ świadomym* odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 272 KK.

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić

WYPEŁNIA CKUioDiDZ:

POTWIERDZENIE WPLYWU OPŁATY:	
ADNOTACJA O SPORZĄDZENIU DUPLIKATU:	DUPLIKAT SPORZĄDZONO W DNIU :..... (podpis sporządzającego) (podpis dyrektora)
ADNOTACJA O WYBRANIU DUPLIKATU:	DUPLIKAT ODEBRAŁAM / ODEBRAŁEM OSOBIŚCIE W DNIU (imię i nazwisko) (seria, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)