

.....  
( miejscowość, data)

**Dyrektor  
Zespołu Szkół nr 10 w Koszalinie**

**Dotyczy: wydania duplikatu świadectwa/ dyplomu zawodowego**

Imię i nazwisko .....

Adres .....

..... telefon kontaktowy .....

**Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia  
szkoły/promocyjnego/dojrzałości/dyplomu zawodowego\***

Nazwa Szkoły .....

Rok ukończenia szkoły .....

Imię i nazwisko osoby, na którą wystawiono oryginał świadectwa/dyplomu\*

.....

Data urodzenia .....

**Oświadczam, że oryginał świadectwa/ dyplomu\*** .....

.....

.....

.....  
(podpis czytelny)

Duplikat odebrał .....

(Imię i nazwisko, data, numer dowodu osobistego)

.....  
podpis czytelny

\*niepotrzebne skreślić

