

Kraków, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

Dyrektor  
Zespołu Szkół i Placówek  
pn. „Centrum dla Niewidomych  
i Słabowidzących” w Krakowie  
ul. Tyniecka 6  
30-319 Kraków

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa .....

.....  
**(należy podać rodzaj świadectwa, nazwa szkoły i zawód)**

wydanego w roku.....

Prośbę swoją uzasadniam tym, iż oryginał świadectwa.....

.....  
(należy napisać co się stało z oryginałem)

Do podania dołączam dowód wpłaty za wydanie duplikatu świadectwa szkolnego.

.....  
Podpis