

..... Kłanino,.....

.....
Nazwisko i imię ucznia

.....

.....

Adres zamieszkania

Pan/i

Dyrektor

Powiatowego Zespołu Szkół

w Kłaninie

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu legitymacji szkolnej.

W roku szkolnym uczęszczam do klasy

.....

nazwa szkoły

Oświadczam, że

(proszę wskazać, co się stało z oryginałem legitymacji)

Oświadczam, że znana mi jest wynikająca z art. 272 Kodeksu Karnego odpowiedzialność karna za poświadczenie nieprawdy. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu traci ważność oryginał dokumentu. W przypadku odnalezienia utraconego oryginału zobowiązuję się do zwrócenia go Powiatowemu Zespołowi Szkół w Kłaninie.

.....

podpis

Załączniki:

1. Dowód wniesienia opłaty – 9 zł.
2. Aktualne zdjęcie

Wpłatę należy dokonać na konto:

Powiatowy Zespół Szkół w Kłaninie, ul. Szkolna 4

41 1160 2202 0000 0006 0467 5756

Tytuł wpłaty: opłata za duplikat legitymacji szkolnej, imię i nazwisko ucznia.