Nazwisko..................................................................................

*Nazwisko panieńskie................................................................*

Imiona ......................................................................................

PESEL .....................................................................................

Data i miejsce urodzenia ..........................................................

..........................................................

Adres do korespondencji .........................................................

..................................................................................................

tel. kontaktowy ........................................................................

**Dyrektor Zespołu Szkół Ogólnokształcących**

**ul. Bolesława Prusa 10**

**11-600 Węgorzewo**

**P O D A N I E**

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa ukończenia szkoły wydanego w roku ......................, którego oryginał został zniszczony/zgubiony w następujących okolicznościach :

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Okoliczności utraty oryginału dokumentu przedstawiłem/łam zgodnie z prawdą, przy świadomości o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 272 KK (przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3).

Zostałem/łam poinformowany(a), że z chwilą wystawienia duplikatu oryginał traci moc prawną.

Informuję, że wniosłem/łam opłatę skarbową „*za wydanie duplikatu*” w wysokości 26 zł na rachunek bankowy Zespołu Szkół Ogólnokształcących w Węgorzewie, konto nr **83 9348 0000 0009 5396 2000 0010**

(Na blankiecie przekazu powinien być dopisek *za wydanie duplikatu*. Proszę przesłać podanie wraz z dowodem wpłaty).

......................................................... .............................................

*Miejscowość i data czytelny podpis*

*Duplikat świadectwa odebrałam/odebrałem ………………………………………………………………………………………………………………*

Zgodnie z wymogami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. tzw. „RODO”), informujemy, że: Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Zespół Szkół Ogólnokształcących w Węgorzewie, ul. B. Prusa 10, 11-600 Węgorzewo, e-mail: [liceum@lowegorzewo.pl](mailto:liceum@lowegorzewo.pl) ; Inspektor Ochrony Danych Zespołu Szkół Ogólnokształcących w Węgorzewie, dostępny jest pod adresem e-mail: [ikrasniewska.oda@wp.pl](mailto:ikrasniewska.oda@wp.pl); Państwa dane przetwarzane są jedynie w celu wydania duplikatu świadectwa ukończenia szkoły na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 27.08.2019 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych oraz innych przepisów z zakresu prawa oświatowego. Pełna informacja, dotycząca odbiorców, praw osób, które przysługują osobom, których dane są przetwarzane oraz innych informacji wymaganych przepisami o ochronie danych osobowych, znajduje się na tablicy ogłoszeń przed sekretariatem.