Legionowo, dnia ……..

Dyrektor
Liceum Ogólnokształcącego
im. Marii Konopnickiej
w Legionowie
ul. Piłsudskiego 26
05-120 Legionowo

Wniosek o wydanie duplikatu

Zwracam się z prośbą wydanie duplikatu świadectwa dojrzałości/świadectwa ukończenia szkoły*

Imię (imiona) i nazwisko, nr telefonu, pesel	Przyczyna ubiegania się o duplikat
Data urodzenia	Rok ukończenia szkoły /klasa /Wychowawca
Data i podpis wnioskodawcy	Data i podpis przyjmującego wniosek

*niepotrzebne skreślić

Data, podpis i nr dokumentu tożsamości osoby odbierającej duplikat

Opłata skarbowa w wysokości 26,00 zł za wydanie duplikatu, płatna na konto nr: 62 1090 1841 0000 0001 5491 2803.