

....., dniar.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica, nr domu i mieszkania)

.....
(nr kodu – miejscowość)

.....
(nr telefonu)

**Zespół Medycznych
Szkół Policealnych
w Radomiu
ul. Kelles-Krauza 3
26-600 Radom**

Proszę o wydanie duplikatu
(świadectwa, dyplomu) (dojrzałości, ukończenia

..... wydanego przez
Szkoly; uzyskania tytułu zawodowego) (nazwa szkoły)

..... w
(miejscowość, ulica)

..... w roku.

Nr świadectwa/dyplomu

W/w został (o) wystawione na nazwisko
(dyplom, świadectwo)

..... urodzon..... dnia 19..... roku

w, powiat / województwo

Do szkoły uczęszczał (a) w latach od do

w zawodzie/kierunku

Oryginałuległ
(dyplomu, świadectwa) (podać okoliczności zniszczenia, zagubienia)

.....

.....
(podpis)

Załączniki:

1. kserokopia dokumentu jeżeli jest w posiadaniu wnioskodawcy