

....., dnia

.....
(imię /imiona/ i nazwisko)

.....
(PESEL)

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

.....
(nr kodu – miejscowość)

.....
(nr telefonu)

.....
(seria i numer dowodu)

Medyczna Szkoła Policealna Nr 3

im. dr Andrzeja Krocina w Warszawie

Ul. Brzeska 12

03-737 Warszawa

Proszę o wydanie duplikatu
(świadectwa, dyplomu)

wydanego przez
(nazwa szkoły)

w w roku.
(miejscowość, ulica)

Nr świadectwa/dyplomu

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

Urodzon..... dnia w, powiat / województwo

Do szkoły uczęszczał (a) w latach od do w zawodzie

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

Załączniki:

1. kserokopia dokumentu jeżeli jest w posiadaniu wnioskodawcy

.....
(podpis)