….................….……, dnia.…………...........

..............…………………………………………................

*(imię (imiona) i nazwisko wnioskodawcy)*

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

*(data i miejsce urodzenia)*

........................................................................................ *(adres do korespondencji)*

........................................................................................ **Kuratorium Oświaty w Warszawie**

....................................................................................... **Al. Jerozolimskie 32**.

*(telefon)*

...................................................................................... **00-024 Warszawa**

*(PESEL)*

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o wydanie :

□ duplikatu świadectwa ukończenia/dojrzałości\*

□ duplikatu świadectwa promocyjnego (z klasy ……..…. do klasy…………)

□ duplikatu dyplomu robotnika wykwalifikowanego/mistrza\*

□ kserokopii arkusza ocen

□ zaświadczenia o przebiegu nauczania/zawodzie\*

□ wykazu godzin szkoły medycznej

□ oryginalnego dokumentu pozostawionego w szkole: ........................................................

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

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

(nazwa i adres szkoły)

do której uczęszczałem/am\* w latach od.................................... do.........................................................

Szkołę ukończyłem/am\* na nazwisko:......................................................................................................

w zawodzie/specjalność/specjalizacja\*:....................................................................................................

Wystawiony dokument \* :

□ odbiorę osobiście/ osoba upoważniona\*

□ proszę przesłać na wskazany poniżej adres:

…………………………………………………………………………………………................…...…………………….…………………………………………………………………………........………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………….

*(podpis osoby składającej wniosek)*

*\*Proszę zaznaczyć odpowiednie*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Kuratorium Oświaty w Warszawie,   
Al. Jerozolimskie 32, 00-024 Warszawa, na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych   
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO) moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz pozostałych dokumentach związanych z wnioskiem w celu jego realizacji.

………………………………………………….

*(podpis osoby składającej wniosek)*

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją na temat przetwarzania i dostępu do danych osobowych, zamieszczoną na stronie internetowej Kuratorium Oświaty w Warszawie pod adresem:

<http://www.kuratorium.waw.pl/pl/kuratorium/rodo/13785,Informacja-dotyczaca-przetwarzania-danych-osobowych.html>

………………………………………………….

*(podpis osoby składającej wniosek)*

W przypadku, gdy wnioskodawca nie jest osobą, na którą wystawiono dokument - należy okazać upoważnienie wystawione przez właściciela dokumentu.

Informujemy, że treścią ustawy z dnia 16.11.2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. z 2006 r. Nr 225, poz. 1635 ze zm.), za **duplikat świadectwa** pobiera się opłatę w wysokości równej kwocie opłaty skarbowej od legalizacji dokumentu, tj**. 26,00 zł. (za jeden duplikat)**.

Zaświadczenia, kserokopie arkusza ocen i wykazy godzin szkoły medycznej wydawane są bezpłatnie.

Opłatę wnosi się na rachunek bankowy:

Kuratorium Oświaty w Warszawie

Al. Jerozolimskie 32, 00-024 Warszawa

Nr rachunku: **79 1010 1010 0143 3922 3100 0000**

Duplikaty wydawane są za okazaniem dowodu wpłaty.