

Nazwisko :

Imiona :

Klasa : Typ szkoły :

PESEL :

Data i miejsce urodzenia :

Adres do korespondencji :

Telefon kontaktowy :

Dyrektor

Powiatowego Zespołu Szkół w Świebodzinie

Proszę o wydanie duplikatu / wtórnika legitymacji szkolnej.

W/w legitymacja została wystawiona dla
(nazwisko i imię)

urodzone..... dnia roku w

Oryginał dokumentu uległ
(podać okoliczności zniszczenia / utraty)

Informuję, że wniosłem/-am opłatę „za wydanie duplikatu” w wysokości **9,00 zł** (dowód wpłaty w załączeniu)

Oświadczam, że znana mi jest, wynikająca z art. 272 KK, odpowiedzialność karna za poświadczenie nieprawdy.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu traci ważność oryginał dokumentu.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania duplikatu dokumentów szkolnych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

** niepotrzebne skreślić*

Administratorem danych osobowych jest **Powiatowy Zespół Szkół w Świebodzinie** (adres: ul. Zachodnia 76a, 66-200 Świebodzin, tel.: 68 475 74 99, e-mail: szkola@pzs.swiebodzin.pl)

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.

Więcej informacji na stronie internetowej: pzs.swiebodzin.pl/index.php/rodo-1 lub w sekretariacie szkoły.