

Miejscowość, data:

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Seria i numer dowodu osobistego

PESEL absolwenta:

Data i miejsce urodzenia:

Imię ojca:

Do Dyrektora

Zespołu Szkół Nr 3 im. rtm. Witolda Pileckiego w Zabrze

WNIOSEK O WYDANIE * :

☐ **ZAŚWIADCZENIA**

☐ **DUPLIKATU ŚWIADECTWA : ☐ PROMOCYJNEGO, ☐ UKOŃCZENIA, ☐ MATURLNEGO,**

☐ **DYPLOMU**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie wyżej wymienionego dokumentu dla:

Imię i nazwisko absolwenta:

Rok ☐ ukończenia szkoły / ☐ uczęszczania do szkoły * :

Typ szkoły *:

☐ Liceum Ogólnokształcące ☐ Zasadnicza Szkoła Zawodowa ☐ Technikum ☐ Gimnazjum

☐ Szkoła Policealna

W przypadku Technikum , Zasadniczej Szkoły Zawodowej i Szkoły Policealnej:

Zawód wyuczony:

Zaświadczenie jest potrzebne do:

.....

(np. ZUS, urząd pracy, uczelnia, inny cel)

W przypadku wnioskowania o duplikat świadectwa lub dyplomu proszę podać przyczynę:

.....

Z poważaniem,

.....

(podpis wnioskodawcy)

**proszę zaznaczyć właściwe:*

KLAUZULA INFORMACYJNA – RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Zespołu Szkół Nr 3 im. rtm. Witolda Pileckiego w Zabrze
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa oświatowego oraz innych przepisów prawa.
3. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.
4. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia skargi do organu nadzorczego.
5. Dane nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.
6. Dane będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami o archiwizacji dokumentów.

Nr wydanego zaświadczenia: ZS3.4318.....20.....