

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość data)

.....
(data urodzenia ucznia)

.....
(klasa)

Dyrektor
Powiatowego Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego w Pucku

Dot. Wydania duplikatu legitymacji

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na wydanie duplikatu legitymacji nr

.....

Jednocześnie informuję, że:

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

Proszę o pozytywne ustosunkowanie się do mojej prośby.

Oświadczam, że w przypadku odnalezienia w/w dokumentu zwrócę je niezwłocznie do sekretariatu szkoły.

.....

Powiatowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego w Pucku
ul. Kolejowa 7, 84-100 Puck

NUMER KONTA
71 1160 2202 0000 0006 0539 0688

Kwota
9,00 zł

Tytułem
Opłata za duplikat legitymacji
szkolnej, imię i nazwisko