

.....
(Meno a priezvisko, úplná adresa, email, telefonický kontakt)

Stredná zdravotnícka škola
M. T. Schererovej v Ružomberku
Dončova 7
034 01 Ružomberok

.....
(miesto a dátum podania žiadosti)

Vec: Žiadosť o vydanie duplikátu

Žiadam vedenie školy o vystavenie *(označte vyhovujúcu možnosť)*

- a) duplikátu vysvedčenia za ročník za školský rok
- b) duplikátu maturitného vysvedčenia za školský rok
- c) duplikátu vysvedčenia o záverečnej skúške za školský rok
- d) duplikátu dodatku k vysvedčeniu o maturitnej skúške za školský rok
- e) duplikátu dodatku k výučnému listu za školský rok
- f) duplikátu výučného listu za školský rok

Údaje o žiadateľovi:

priezvisko a meno žiadateľa:

rodné priezvisko: dátum narodenia:

číslo telefónu:

Údaje o štúdiu

začiatok štúdia: koniec štúdia:

odbor:

Dôvodom žiadosti vystavenia duplikátu je:

Ako dotknutá osoba podľa Zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov týmto dávam súhlas k spracovaniu osobných údajov za účelom spracovania žiadosti.

Za kladné vybavenie mojej žiadosti vopred ďakujem.

S pozdravom

Vlastnoručný podpis