

WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ŚWIADECTWA

Dane wnioskodawcy

.....
imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

ul.
ulica, nr domu / nr mieszkania

.....
kod, miejscowość

nr telefonu do kontaktu:

adres e-mail:

**Dyrektor
Akademickiego Zespołu Szkół
Ogólnokształcących nr 2
ul. Farna 5-7
41-506 Chorzów**

W związku z¹⁾ wydanego w roku oryginału:
(zaznaczyć odpowiednią kratkę)

- świadectwa ukończenia szkoły
 świadectwa dojrzałości
 świadectwa szkolnego z klasy

proszę o wydanie duplikatu tego dokumentu.

Dokument będzie używany w obrocie prawnym krajowym za granicą.

Oświadczam, że znana mi jest odpowiedzialność karna za poświadczenie nieprawdy, wynikająca art. 272 Kodeksu Karnego²⁾.

Oświadczam, że zostałam(-em) poinformowana(-y) o konieczności uwierzytelnienia tego duplikatu w przypadku, gdy będzie używany w obrocie prawnym za granicą. Uwierzytelnienia należy dokonać w Kuratorium Oświaty w Katowicach.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą otrzymania duplikatu traci ważność oryginał dokumentu. W przypadku odnalezienia utraconego oryginału zobowiązuję się do zwrócenia go dyrektorowi Akademickiego Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Chorzowie.

Duplikat dokumentu (zaznaczyć właściwe): odbiorę osobiście przez upoważnioną osobę.

.....
data

.....
podpis

Załącznik :

Dowód wniesienia opłaty w wysokości 26,00 zł, na rachunek bankowy: AZSO nr 2 w Chorzowie, konto: ING Bank Śląski o/ Chorzów; nr konta 79 1050 1214 1000 0024 2729 5064 (w tytule przelewu należy wpisać: „opłata za duplikat świadectwa szkolnego / ukończenia szkoły / dojrzałości” oraz wpisać imię i nazwisko).

¹⁾Wpisać: **utraceniem** lub **zniszczeniem**.

²⁾ **Art. 272.** Kto wyludza poświadczenie nieprawdy przez podstępne wprowadzenie w błąd funkcjonariusza publicznego lub innej osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję Panią/Pana, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademycki Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 2 (AZSO nr 2) z siedzibą w Chorzowie 41-506, ul. Farna 5-7.
2. Na podstawie art. 37.7 RODO informuję, że Inspektorem ochrony danych (IOD) w AZSO nr 2 w Chorzowie jest Pan Patryk Niedbała, kontakt e-mail: iod.oupis@gmail.com.
3. AZSO nr 2 może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu wydania duplikatu świadectwa.
Podstawą prawną przetwarzania jest:
 - art. 6 ust 1 pkt a w/w rozporządzenia;
 - Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie wydania świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych z dnia 26 kwietnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 939).
4. Pani/Pana dane nie będą przekazywane innym podmiotom.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. W związku z przetwarzaniem przez AZSO nr 2, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
 - cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do wydania wnioskowanego duplikatu świadectwa lub zaświadczenia potwierdzającego naukę.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Zapoznałam(-em) się z treścią niniejszej klauzuli informacyjnej:

.....
data podpis

UZUPEŁNIA PRACOWNIK SZKOŁY

POTWIERDZENIE ODBIORU DUPLIKATU ŚWIADECTWA

Potwierdzam odbiór duplikatu świadectwa.

.....
data podpis

Seria i numer dokumentu tożsamości:

Wydanego przez: