Nazwisko ……………………………………………… ….........…………………………………

Imiona …………………………………………………. (miejscowość, data)

PESEL ……………………………………………………

Data i miejsce urodzenia……………………….

……………………………………………………………..

Adres…………………………………………………….

Tel…………………………………………………………

 Dyrektor

 Szkoły Podstawowej nr 3

 im. Adama Mickiewicza

 w Łobzie

PODANIE

Proszę o wydanie duplikatu świadectwa ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 /nazwa szkoły/

Wydanego w roku …………………….., którego oryginał został zniszczony / zagubiony

w następujących okolicznościach: ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 (proszę podać co stało się z oryginałem świadectwa)

Szkołę ukończyłam na nazwisko( tylko dla mężatki ) ……………………………………………………………………………

Okoliczności utraty oryginału przedstawiłem/am zgodnie z prawdą, przy świadomości o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.272(przestępstwo zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3). ***Zostałem poinformowany(a), że z chwilą wystawienia duplikatu oryginał traci moc prawną.***

**Załączniki:**

**1**.Potwierdzenie dokonania opłaty na konto bankowe Szkoły Podstawowej nr 3 w Łobzie.

BS Łobez, konto: **nr 73 9375 1038 2600 4965 2000 0050.Koszt wydania duplikatu świadectwa: 26 zł.** (zgodnie z ustawą o opłacie skarbowej).

**2.**W przypadku ustanowienia przez wnioskodawcę pełnomocnika -upoważnienie(**druk w załączeniu)**.

**UWAGA!**

***Wniosek o wystawienie duplikatu składa i duplikat odbiera osoba, na którą dokument jest wystawiony, a w szczególnych przypadkach osoba upoważniona przez właściciela dokumentu.***

…………………………………………………….. ………………………………………………………

 miejscowość, data czytelny podpis

Duplikat świadectwa otrzymałem /am dnia ………………………………………………………………………………………...

Nr dowodu osobistego …………………………………………………………………………………………………………………………

Podpis odbierającego ………………………………………………………………………………………………………………………....

**Klauzula informacyjna dotycząca danych osobowych**

Podstawa prawna: *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1) – art. 13ust. 1 i ust. 2.*

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szkoła Podstawowa nr 3 im. Adama Mickiewicza w Łobzie, ul. Kościuszki 17, 73-150 Łobez, tel. 91 39747 61, sp3lobez@onet.pl ,reprezentowana przez dyrektora szkoły.

2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: iod@lobez.pl lub korespondencyjnie na adres administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa na podstawie *art. 6 ust 1 pkt a, c, d, e.*

4. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione lub przekazane podmiotom sprawującym nadzór i funkcje kontrolne w stosunku do SP3 w Łobzie i instytucjom, których działalność wynika z przepisów prawa.

5. Dane osobowe osób wymienionych w zgłoszeniu będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3. Następnie przechowywane będą przez okres 5 lat od zrealizowania celu, w jakim zostały pozyskane.

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, pod adresem ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

8. Przekazanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana/ zobowiązany do ich podania.

…...............……………………………………………

 data, czytelny podpis

 ….....………………………………….

……………………………………………………….. (miejscowość, data)

………………………………………………………..

………………………………………………………..

/Imię, nazwisko i adres upoważniającego/

**UPOWAŻNIENIE**

**do odbioru duplikatu świadectwa**

 Ja ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

 /Imię, nazwisko i adres osoby upoważnionej/

legitymującego się dowodem osobistym …………………………………………………………………………………………….

 /seria i nr /

 **upoważniam**

Pana/Panią…………………………………………………………………………………………………………………….......................

legitymującego/cą się dowodem osobisty…………………………………………………………………………………………….

 /seria i nr /

do odbioru mojego duplikatu świadectwa.

 ………………………………………………………………………………………………

 /czytelny podpis upoważniającego /