

# ŽIADOSŤ O VYSTAVENIE ODPISU/DUPLIKÁTU vysvedčenia

Meno a priezvisko žiadateľa

rodné priezvisko \*

--	--

\* rodné priezvisko sa vyplňuje v prípade, že žiadateľka má v súčasnosti iné priezvisko ako v dobe ukončenia štúdia

Dátum narodenia žiadateľa:

--

Bydlisko / ulica, č. domu, mesto, PSČ

--

*Kontakt pre účely komunikácie:*

Mobilný telefonický kontakt

Emailová adresa:

--	--

**žiadam o vystavenie duplikátu/odpisu ročníkového/maturitného vysvedčenia**

\* podčiarknite požadovaný typ vysvedčenia: ročníkové alebo maturitné

Duplikát / odpis vysvedčenia	
Zo školského roku	
Trieda v školskom roku:	
Triedny učiteľ:	

**Odôvodnenie:**

O vystavenie duplikátu ročníkového vysvedčenia (ročníkových vysvedčení)/maturitného vysvedčenia žiadam z dôvodu:

Zároveň udeľujem súhlas pre Strednú zdravotnícku školu, Školská 230, Považská Bystrica, ktorá je vybavovateľom mojej žiadosti, so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu uvedenom v žiadosti. Súhlas udeľujem na dobu 5 rokov odo dňa doručenia mojej žiadosti, najneskôr do konca kalendárneho roka, v ktorom bola žiadosť doručená.

Prehlasujem, že som bol (-a) poučený (-á) o dobrovoľnosti poskytnutia tohto súhlasu a tak ho aj dávam. Súhlas som dal (-a) zo svojej slobodnej vôle bez akékoľvek nátlaku a bez akýchkoľvek podmienok zo strany prevádzkovateľa nesúvisiacich s mojim súhlasom.

V	dňa:
---	------

.....  
vlastnoručný podpis žiadateľa