

Zabrze, dnia
(dzień, miesiąc, rok)

Wniosek o wydanie duplikatu świadectwa / dyplomu

.....
(imię/ imiona/ i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefon ,adres e-mailu)

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu świadectwa / dyplomu*

.....
(nazwa szkoły)

.....
(siedziba)

.....
(specjalność / specjalizacja)

którą ukończyłem /łam * w roku.....

.....
(imię/ imiona/ i nazwisko osoby, na którą wystawiono oryginał świadectwa / dyplomu)

.....
(data i miejsce urodzenia)

Oświadczam, że
(proszę wskazać co stało się z oryginałem świadectwa / dyplomu)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

U w a g a !

Wniosek o wystawienie duplikatu składa i duplikat odbiera osoba, na którą dokument jest wystawiony lub osoba z upoważnieniem wystawionym przez właściciela dokumentu. Przy składaniu wniosku o wydanie duplikatu świadectwa należy legitymować się dowodem osobistym. Za każdy duplikat świadectwa należy dokonać wpłaty w wysokości **26 zł**. Opłatę wnosi się na rachunek bankowy: **Nr rachunku: 54 12401037 1111 0011 6473 6620**

Medyczna Szkoła Policealna Województwa Śląskiego im. prof. Antoniego Cieszyńskiego w Zabrzu
ul. 3 Maja 63 41-800 Zabrze

W treści przelewu prosimy o podanie imienia i nazwiska, opłata za duplikat świadectwa - ułatwi to identyfikację wpłat.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 maja 2010r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r.poz.893) oraz oparciu o Załącznik do ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej „Wykaz przedmiotów opłaty skarbowej, stawki tej opłaty oraz zwolnienia” (tekst jednolity : Dz.U. z 2015 r. poz.783

Zgoda na przetwarzanie danych

Na podstawie art. 6, ust. 1, lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oświadczam, że: Ja, niżej podpisany/ podpisanawyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci numeru telefonu w celach kontaktowych.

Zabrze, data i czytelny podpis

* właściwe podkreślić

.....
imię i nazwisko

**Klauzula obowiązku informacyjnego w związku
z procesem przetwarzania danych osobowych / wydania duplikatów dokumentów**

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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. U. UE. L. 2016. 119. 1) – zw. dalej RODO, informujemy, że:

1) Administrator Danych Osobowych oraz Inspektor Ochrony Danych

Administratorem danych osobowych uczniów oraz absolwentów jest Medyczna Szkoła Policealna Województwa Śląskiego im. Prof. Antoniego Cieszyńskiego w Zabrze, reprezentowane przez Dyrektora. Adres korespondencyjny: ul. 3 Maja 63, 41-800 Zabrze. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy za pośrednictwem poczty elektronicznej: e-mail: pawel@rodoplatforma.pl.

2) Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: wydania duplikatu świadectwa, dyplomu lub innego druku szkolnego na podstawie: rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 5 września 2019 r. w sprawie świadectw, dyplomów państwowych i innych druków szkolnych.

Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku o wydanie duplikatu nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie obowiązującego prawa. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z przepisami obowiązującego prawa.

Posiada Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do podanych danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem wydania duplikatu, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wydania duplikatu.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób automatyczny.

Dodatkowo informujemy, że Pani/Pana dane mogą być przetwarzane na podstawie art. 108a ustawy Prawo oświatowe w ramach założonego w Placówce monitoringu wizyjnego służącego wyłącznie zagwarantowaniu bezpieczeństwa nauczycielom oraz uczniom.

Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z klauzulą obowiązku informacyjnego w związku z procesem przetwarzania danych osobowych / wydania duplikatów dokumentów.

Zabrze, dnia
(data)

.....
(czytelny podpis)