

## ŽIADOSŤ O VYSTAVENIE ODPISU maturitného 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 odpisu maturitného vysvedčenia:**

Rok maturitnej skúšky:		
Trieda:		
Triedny učiteľ:		
Štúdium:	od školského roku:	do školského roku:

**Odôvodnenie:**

O vystavenie duplikátu/odpisu maturitného vysvedčenia žiadam z dôvodu

Zároveň udeľujem súhlas pre Gymnázium Cyrila Daxnera, Dr. C. Daxnera 88/3, Vranov nad Topľou, ktorá je vybavovateľom mojej žiadosti, so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu potrebnom pre vybavenie žiadosti. Súhlas udeľujem na dobu 10 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 akéhokoľvek nátlaku a bez akýchkoľvek podmienok zo strany prevádzkovateľa nesúvisiacich s mojim súhlasom.

V	dňa:
---	------

.....  
vlastnoručný podpis žiadateľa