|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | *SOŠSLM\_Ž\_B07* |
| ŽIADOSŤ O VYSTAVENIE DUPLIKÁTU/ODPISU **výučného vysvedčenia** | **Stredná odborná škola stavebná**Školská 8031 45 Liptovský Mikuláš |

**Meno a priezvisko žiadateľa: rodné priezvisko** \*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**\*** rodné priezvisko sa vyplňuje v prípade, že žiadateľ/ka 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 výučného listu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok ukončenia štúdia:** |  |
| **Trieda:** |  |
| **Triedny učiteľ:** |  |
| **Štúdium:**  | od školského roku:  |  | do školského roku:  |

**Odôvodnenie:**

|  |
| --- |
| O vystavenie duplikátu/odpisu výučného listu žiadam z dôvodu:  |

**Zároveň udeľujem súhlas pre Strednú odbornú školu stavebnú, Školská 8, Liptovský Mikuláš, ktorá vybavuje moju žiadosť, 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| V  | dňa:  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **vlastnoručný podpis žiadateľa** |