Załącznik nr 13

# WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU

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

Nazwisko Miejscowość i data

……………………………………………………….

Imiona

…………………………………………………………..

Adres do korespondencji - ulica i numer

…………………………………………………………..

Adres do korespondencji - kod i miejscowość

………………………………………………………………

Nr telefonu

………………………………………………………………

Data urodzenia

………………………………………………………………

Numer PWZ

Proszę o wydanie duplikatu1:

|  |  |
| --- | --- |
|  | dyplomu uzyskania tytułu Pielęgniarki Specjalisty |
|  | dyplomu uzyskania tytułu Pielęgniarza Specjalisty |
|  | dyplomu uzyskania tytułu Położnej Specjalisty |
|  | dyplomu uzyskania tytułu Położnego Specjalisty |

w dziedzinie ……………………………………………………………………………………..……

którego oryginał/odpis2 został uszkodzony/zagubiony2.

Wystawiony duplikat1:

|  |  |
| --- | --- |
|  | odbiorę osobiście |
|  | proszę wysłać na wyżej wskazany adres |

…………..………………………………………..

Czytelny podpis wnioskodawcy

1. zaznaczyć właściwe znakiem „x”

2 zaznacz właściwe

# OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przedstawiona we wniosku przyczyna wystąpienia o wydanie duplikatu dyplomu jest prawdziwa i znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej wynikające z art. 272 kodeksu karnego (kto wyłudza poświadczenie nieprawdy przez podstępne wprowadzenie w błąd funkcjonariusza publicznego lub innej osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że z chwilą wydania duplikatu traci ważność oryginał i odpis dyplomu. W przypadku odnalezienia utraconego oryginału i odpisu dyplomu zobowiązuję się do zwrócenia go/ich do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

…………………………..……………………

czytelny podpis składającego oświadczenie

|  |
| --- |
| **Adnotacje CKPPiP w Warszawie** |
| Data wpływu wniosku do CKPPiP | ……………….…………….… | Podpisprzyjmującego | …………………...………… |
| Data wystawienia duplikatu dokumentu | ………………….……….. | Podpiswystawiającego | .……………….……….…. |
| Duplikat odebrano osobiście | ……………….……………….. Nr dokumentu potwierdzającego tożsamość | Data i podpisodbierającego | ……………….………….… |
| Duplikat wysłano listem poleconym ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru | ……………….………..… Data | Podpiswysyłającego | …………..………….…… |

Administratorem danych osobowych osób fizycznych jest Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Zakres danych obejmuje dane niezbędne do realizacji zadań ustawowych lub statutowych. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do dostępu do informacji o danych osobowych, sprostowania danych osobowych, usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, sprzeciwu oraz zautomatyzowanego podejmowania decyzji. Szczegółowe informacje są zawarte na stronie internetowej [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl/) w zakładce „Dane osobowe”