**Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Szczecinie**

**ul. Golisza 10B, 71-682 Szczecin**

tel. 91 50 66 850, email: [szkolenia@word.szczecin.pl](mailto:szkolenia@word.szczecin.pl)

**nr konta: 21 2030 0045 1110 0000 0055 6410**

**Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………….

Tel. kontaktowy: ......................................................................................................................................................................................

e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL

……………………………………………

(miejscowość, data)

**PODANIE O WYDANIE DUPLIKATU**

Zwracam się z prośbą o wydanie duplikatu\*:

* świadectwa kwalifikacji zawodowej po teście kwalifikacyjnym;
* zaświadczenia o ukończeniu kurs reedukacyjny w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii;
* zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie kierowania ruchem drogowym;
* zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego dla kierowców wykonujących przewóz drogowy;
* szkolenia dla kierowców naruszających przepisy ruchu drogowego;
* innego szkolenia/kursu: (wpisać nazwę)…………………………………………………..

………………………………………….……………………………………………….

**z powodu** .……………………………………………………………………………………...

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

**Data potwierdzenia wpłaty w wysokości 30 zł:** …………………………………….………..

………………………………..

(czytelny podpis)

\* zaznaczyć właściwe znakiem X

***Wypełnia pracownik WORD Szczecin***

Potwierdzam uczestnictwo w szkoleniu nr ………….…………. w terminie: ………….…………….

Duplikat zaświadczenia nr …………………………

…………………………………… …………………………………

(podpis i pieczątka osoby wydającej) (czytelny podpis osoby otrzymującej)