# Gdynia, dn. ………............................r.

*(data)*

# Dyrektor

Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 8  
w Gdyni

XVII Liceum Ogólnokształcące

Wniosek o anulowanie mLegitymacji / uczeń pełnoletni

# Proszę o anulowanie mLegitymacji szkolnej.

# Dane ucznia:

# Imię: ……………………………………………..

# Drugie imię: ……………………………………..

# Nazwisko: ……………………………………….

# Klasa: ……………………………………………

# Numer PESEL:

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

Numer i data wydania leg. Tradycyjnej: ……………………………………………………………………...

Oświadczam, że podstawą anulowania mLegitymacji jest: …………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# ............................................................

*czytelny podpis ucznia*