
Ime i prezime podnositelja zahtjeva

Adresa stanovanja

Telefon/ mobitel

Mjesto i datum

OSNOVNA ŠKOLA IVE ANDRIĆA
MILOVANA KOVAČEVIĆA 18
10 000 Zagreb

ZAMOLBA ZA IZDAVANJE DUPLIKATA-PRIJEPISA SVJEDODŽBE

Ime i prezime učenika, ime roditelja	
OIB učenika	
Mjesto i država rođenja	
Datum rođenja	
Svjedodžba za koju se traži duplikat/prijepis	
Školska godina završetka razreda za koji se traži svjedodžba	
Svrha izdavanja duplikata/prijepisa	

Podnositelj zahtjeva:

(vlastoručni potpis)