



R

Ó

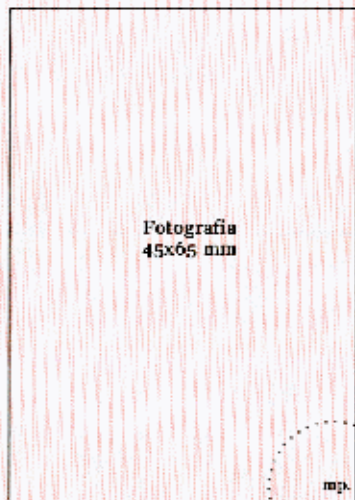
DYPLOM

**UKOŃCZENIA JEDNOLITYCH
STUDIÓW MAGISTERSKICH**

Z

W

Część A



mp.

(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu

(nazwa uczelni)

(nazwa jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM

Pan(i)

(imię/imiiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia

r.

w

odbył(a) studia na kierunku

w zakresie

z wynikiem

i uzyskał(a) w dniu

r.

tytuł zawodowy

Dziekan lub kierownik
jednostki organizacyjnej

Rektor

(pieczęć imienna i podpis)

(pieczęć imienna i podpis)

mp.

(miejscowość)

dnia

r.