



.....
(nazwa uczelni)

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej uczelni)

**DYPLOM
UKOŃCZENIA STUDIÓW SPECJALNYCH**

Nr

Pan(i)
(imię/imiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia r. w
.....

odbył(a) w latach
(liczba semestrów) -semestralne studia specjalne

w zakresie

z wynikiem

Kierownik jednostki organizacyjnej

Rektor

.....
(pieczęć imienna i podpis)



.....
(pieczęć imienna i podpis)

.....
(miejsowość)

dnia r.

RAMOWY PLAN STUDIÓW SPECJALNYCH

Lp.	Nazwa przedmiotu	Liczba godzin
	WZÓ	R