



Świadectwo ukończenia studiów doktoranckich

Pan / Pani
imię i nazwisko uczestnika studiów doktoranckich

urodzon..... w dniu w

odbywał..... w okresie od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

i ukończył..... studia doktoranckie w

.....
nazwa szkoły wyższej i jednostki organizacyjnej albo pracowni naukowej

w zakresie
dziedzina - dyscyplina - specjalność (w przypadku nauk medycznych)

W

Z


mp.

Kierownik studiów

Rektor / Dyrektor

Nr

.....
miejsowość, data



W Z Ó R