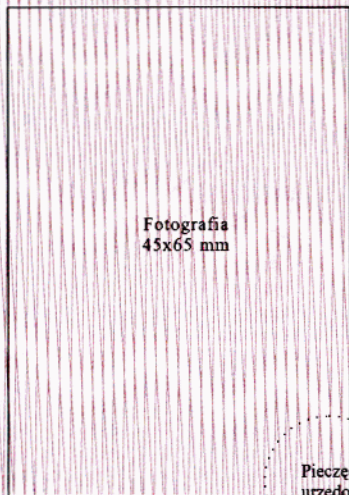


RZECZPOSPOLITA POLSKA

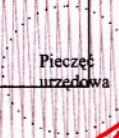


W Z Ó R

DYPLOM
UKOŃCZENIA STUDIÓW
PIERWSZEGO STOPNIA



Fotografia
45x65 mm



Pieczęć
urzędowa

Pan(i)
(imię/ imiona i nazwisko)

data urodzenia r.

miejsce urodzenia

.....
(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu

.....
(nazwa uczelni)

.....
(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM

ukończenia studiów w formie

na kierunku

w specjalności

z wynikiem

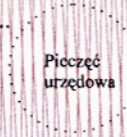
i uzyskania w dniu r.

tytułu zawodowego

Kierownik podstawowej
jednostki organizacyjnej

Rektor

.....
(pieczęć imienna i podpis)



Pieczęć
urzędowa

.....
(miejscowość)

dnia r.

Miejsce na legalizację

W

Z

Ó

R

Miejsce na apostille

W

Z

Miejsce na apostille

Ó

R