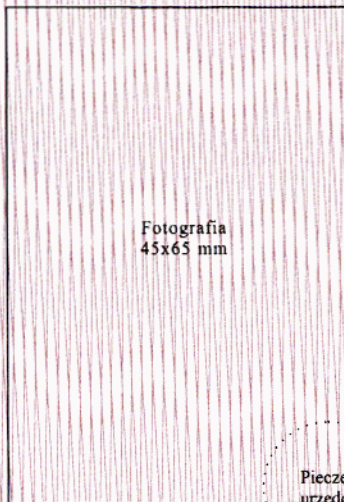


RZECZPOSPOLITA POLSKA



W Z Ó R

DYPLOM
UKOŃCZENIA STUDIÓW
PIERWSZEGO STOPNIA
PROWADZONYCH WSPÓLNIE



Fotografia
45x65 mm

Pieczęć
urzędowa

Pan(i)
(imię i 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

.....
(pieczęć imienna i podpis)

.....
(miejscowość)

dnia r.

Miejsce na legalizację

W

Z

Ó

R

Miejsce na apostille

W Z

*Miejsce na informacje o uczelniach
lub instytucjach prowadzących studia wspólnie*

1. Nazwa uczelni lub instytucji prowadzącej studia wspólnie

.....
.....
.....

2. Nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej studia wspólnie

.....
.....
.....

1. Nazwa uczelni lub instytucji prowadzącej studia wspólnie

.....
.....
.....

2. Nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej studia wspólnie

.....
.....
.....

1. Nazwa uczelni lub instytucji prowadzącej studia wspólnie

.....
.....
.....

2. Nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej studia wspólnie

.....
.....
.....

OR