



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Nazwa wydziału

PROTOKÓŁ EGZAMINU DYPLOMOWEGO - część praktyczna

Pan(i).....
(imię/imiona i nazwisko)

student(tka) kierunku specjalności

studiów
(tryb i poziom studiów – stacjonarnych / niestacjonarnych, jednolitych mgr, I-go stopnia, II-go stopnia)

(nr albumu; rok immatrykulacji:

przystąpił(a) w dniu do części praktycznej egzaminu dyplomowego.

Oceniano:

Ocena odpowiedzi:

- | | |
|----------|-------|
| 1) | |
| | |
| 2) | |
| | |
| 3) | |
| | |
| 4) | |
| | |

Ocena części praktycznej egzaminu dyplomowego:
(ocena liczbowo i słownie)

Skład i podpisy członków Komisji Egzaminacyjnej:

Przewodniczący Komisji
(imię i nazwisko, tytuł naukowy) (podpis)

Członkowie Komisji
(imię i nazwisko, tytuł naukowy) (podpis)

.....
(imię i nazwisko, tytuł naukowy) (podpis)

.....
(imię i nazwisko, tytuł naukowy) (podpis)

Kierownik Kliniki
(imię i nazwisko, tytuł naukowy) (podpis)