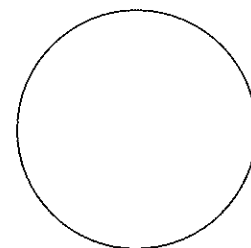




/papier firmowy Dziekanatu/

WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Nazwa jednostki

Warszawa, dnia r.

Numer rejestru:

ZAŚWIADCZENIE

Dziekanat

(nazwa wydziału)

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zaświadcza, że Pan/i

(imię/imiona i nazwisko)

urodzony/a r. w

(nr PESEL / nr paszportu *

ukończył/a, w roku akademickim /, studia stacjonarne / niestacjonarne**,
jednolite magisterskie na kierunku

z ostatecznym wynikiem (.....)

oraz uzyskał/a za cały okres studiów średnią ocen egzaminacyjnych

Od dnia r. ma prawo do korzystania z tytułu zawodowego

Zaświadczenie traci ważność dnia r. i powinno być wymienione na dyplom o numerze

.....

m.p.

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej

** dotyczy studentów obcokrajowców nieposiadających nr PESEL

** niepotrzebne skreślić

ul.