



UNIwersytet MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

{nazwa wydziału}

DYPLOM

UKOŃCZENIA {poziom studiów}

DUPLIKAT

WYDANY W RZECZYPOSPOLIEJ POLSKIEJ

Pan(i) {imię/imiona i nazwisko}

urodzony(a) dnia {dzień-miesiąc-rok} roku w {miejsce urodzenia}

ukończył(a) studia {forma studiów}

na kierunku {nazwa kierunku}

o profilu {nazwa profilu}

w dyscyplinie {nazwa dyscypliny}

z wynikiem {wynik}

i otrzymał(a) w dniu {dzień-miesiąc-rok} roku

tytuł zawodowy {nazwa tytułu}

*pieczęć imienna i podpis
Dziekana*

A A 0000000

{znak graficzny poziomu
Polskiej Ramy Kwalifikacji}

{pieczęć
urzędowa
uczelni}

*pieczęć imienna i podpis
Rektora*

Nr dyplomu {numer}

Białystok, dnia {dzień-miesiąc-rok} roku