



UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU  
UNIVERSIDAD MÉDICA EN BIAŁYSTOK

{nazwa wydziału}

# DIPLOMA

GRADO EN {poziom studiów}

**COPIA**

EXPEDIDO EN LA REPÚBLICA DE POLONIA

**Don/Doña** {imię/imiona i nazwisko}

nacido/a el {dzień-miesiąc-rok} en {miejsce urodzenia}

Graduado/a de los estudios a tiempo {forma studiów}

en el campo de {nazwa kierunku}

con el perfil de {nazwa profilu}

en disciplina {nazwa dyscypliny}

con el resultado {wynik}

y recibió el {dzień-miesiąc-rok}

el título profesional {nazwa tytułu}

\_\_\_\_\_  
*sello personal y firma del  
Decano*

A A 0000000

{znak graficzny poziomu  
Polskiej Ramy Kwalifikacji}

{sello oficial  
de la  
universidad}

\_\_\_\_\_  
*sello personal y firma del  
Rector*

Nº de diploma {numer}

Białystok, el {dzień-miesiąc-rok}