



WYŻSZA SZKOŁA ZDROWIA, URODY I EDUKACJI W POZNANIU

DYPLOM

UKOŃCZENIA STUDIÓW DRUGIEGO STOPNIA

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

WZORZEC

SPECIMEN

{imiona i nazwisko}

(imiona i nazwisko)

{DD miesiąc RRRR, miejsce urodzenia}

(data i miejsce urodzenia)

{forma studiów}

(forma studiów)

{kierunek studiów}

(kierunek studiów)

{specjalność}

(specjalność)

{profil kształcenia}

(profil kształcenia)

{dyscyplina}

(dyscyplina)

{wynik ukończenia studiów}

(wynik ukończenia studiów)

{data uzyskania tytułu zawodowego}

(data uzyskania tytułu zawodowego)

{tytuł zawodowy}

(tytuł zawodowy)



Pieczęć
urzędowa

REKTOR

Rektor

P R K VII

Kwalifikacja pełna na poziomie
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacyjnej
i europejskich ram kwalifikacji

WSZUIE 00000

Nr dyplomu {nr dyplomu}

Poznań, {DD. miesiąc RRRRr.}

WSZUIE