



UCZELNIA MEDYCZNA  
im. Marii Skłodowskiej-Curie  
W WARSZAWIE

# DYPLOM

UKOŃCZENIA JEDNOLITYCH STUDIÓW MAGISTERSKICH  
WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Nr dyplomu *numer dyplomu absolwenta*

Pan(i) *imię (imiona) i nazwisko absolwenta*

urodzony(a) *data urodzenia absolwenta z miesiącem wpisanym słownie*

w *miejsce urodzenia absolwenta*

ukończył(a) studia

na kierunku *nazwa kierunku studiów*

w dyscyplinie *nazwa dyscypliny bądź dyscypliny wiodącej*

o profilu kształcenia *określenie profilu kształcenia*

w formie *określenie formy studiów*

z wynikiem *wynik studiów wpisany słownie*

i uzyskał(a) w dniu *data ukończenia studiów z miesiącem wpisanym słownie*

tytuł zawodowy *określenie tytułu zawodowego*

m. p.



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

Rektor

(pieczęć imienna i podpis)

Warszawa, data wydania dyplomu z miesiącem wpisanym słownie

0000000