



Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

.....  
(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)

**ŚWIADECTWO**  
**UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**  
**WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Pan(i).....  
urodzon.... w dniu.....r. w.....  
ukończył..... w roku..... - semestralne studia podyplomowe w zakresie  
(liczba semestrów)  
.....  
..... z wynikiem .....



**KIEROWNIK**  
Podstawowej jednostki organizacyjnej

**REKTOR** lub **KIEROWNIK**  
jednostki organizacyjnej prowadzącej studia

.....  
(pieczęć i podpis)

.....  
(pieczęć i podpis)



--	--	--	--	--