



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
**IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU**

wyb. Ludwika Pasteura 1, 50-367 Wrocław

**DYPLOM**

**UKOŃCZENIA JEDNOLITYCH**  
**STUDIÓW MAGISTERSKICH**

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pan/Pani .....

data urodzenia .....

miejsce urodzenia .....

Kierunek studiów .....

dysciplina .....

profil .....

forma .....

wynik ukończenia studiów .....

tytuł zawodowy .....

uzyskany w dniu .....

Nr dyplomu .....

Pieczęć  
Urzędowa  
Uczelni

.....  
(pieczęćka imienna i podpis Rektora)

Wrocław, dnia .....

**P R K VII**

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

000000