Poznań, dnia ……………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo polskie |  | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  Uczelniane Centrum Obsługi Studentów | |  |
|  | ul. Bukowska 70  60-812 Poznań | e-mail: dyplomucos@ump.edu.pl |  |
|  |  |  |  |  |

**ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU STUDIÓW WYŻSZYCH MAGISTERSKICH**

Pan/Pani

Data i miejsce urodzenia:

Kierunek, rodzaj, tryb:

Złożył/a egzamin dyplomowy w dniu:

Uzyskał/a tytuł zawodowy:

Programowo studia trwały:

Data rozpoczęcia studiów:

Data ukończenia studiów:

Numer dyplomu:

……………………………..

(pieczątka i podpis Dziekana)