



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

(ODPIS)

**DYPLOM HABILITACYJNY**

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

(imię/imiona i nazwisko)

urodzon dnia \_\_\_\_\_ r. w \_\_\_\_\_

na podstawie osiągnięcia naukowego

uzyskał stopień naukowy

**DOKTORA HABILITOWANEGO**

nauk \_\_\_\_\_

(określenie nazwy stopnia doktora habilitowanego ze wskazaniem dziedziny nauki oraz dyscypliny naukowej)

w dniu \_\_\_\_\_ r.

Recenzenci w postępowaniu w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

kierownik  
podmiotu wydającego odpis

\_\_\_\_\_  
(miejscowość i data sporządzenia odpisu)



pieczęć  
urzędowa  
uczelni

\_\_\_\_\_  
(pieczętka imienna i podpis)

Nr \_\_\_\_\_