



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

(ODPIS PRZEZNACZONY DO AKT)

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
uczelnia

(pieczęćka imienna i podpis)

Nr _____