

Miejscowość, data

.....
(Pieczęć Wydziału)

Nr:

ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu studiów

Niniejszym zaświadcza się, że:

Pan/Pani:
Nr albumu:
Data urodzenia:
Miejsce urodzenia:
Kierunek:
Specjalność:
Poziom studiów:
Forma studiów:
Profil kształcenia:
Data rozpoczęcia studiów:
Czas trwania studiów:
Planowany termin ukończenia studiów:
Czas trwania praktyki zawodowej:
Język wykładowy:

jest **absolwentem/absolwentką** kierunku Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
Pan/Pani rozpoczął/ęła naukę dnia, **studia ukończył/a**
w dniu: i uzyskał/a tytuł:
z wynikiem: dyplom nr: data wydania dyplomu:
średnia ocen uzyskanych w toku studiów:

Skala ocen obowiązująca zgodnie z Regulaminem Studiów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach:
bardzo dobry (5,0)
ponad dobry (4,5)
dobry (4,0)
dość dobry (3,5)
dostateczny (3,0)
niedostateczny (2,0)

Zaświadczenie wydaje się na prośbę absolwenta/tki.

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej)