Załącznik nr 10b

do zarządzenia nr 94/XVI R/2025

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 26 czerwca 2025 r.

**

UNIWERSYTET MEDYCZNY

IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

…….………………………………….……………………………

 (nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)

**ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU STUDIÓW**

**Numer zaświadczenia:** …………………..

Dziekan Wydziału………………………………………………………...……………………………...
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zaświadcza, że:

Pan/i ……...........................................................................................................................................................,

(imię /imiona i nazwisko)

data urodzenia: ............................................., miejsce urodzenia: ............................................................,

 *(miejscowość, kraj)*

ukończył/a jednolite studia magisterskie /studia pierwszego stopnia /studia drugiego stopnia\*

na kierunku …………………..………………… Wydziału ...………...…………...……………………

Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,

w formie stacjonarnej/niestacjonarnej\*, język wykładowy: ...……………………….…………………..

o profilu: ogólnoakademickim/praktycznym/nieokreślonym\*, w dyscyplinie: …………........................

ze średnią ocen ze studiów: ……………, **z wynikiem na dyplomie:** …………….…………………….

W dniu …………………… uzyskał/a tytuł zawodowy:…………………...………………………….....

Numer dyplomu ukończenia studiów: ………………………...……..………………………...….…..…

Data wydania dyplomu ukończenia studiów: ……………………….........................................…...……

Imię/imiona i nazwisko na dyplomie: ………………………………………………………...………….

Czas trwania studiów według programu studiów\*\*

- na kierunku farmacja................., w tym praktyka zawodowa……..........

- na kierunku analityka medyczna .................

- na kierunku dietetyka …………………

Maksymalna średnia - 5,00, Maksymalna ocena - bardzo dobry

Zaświadczenie wydaje się z urzędu/na wniosek absolwenta\*.

......................................................... ……........................................

  miejscowość, data pieczęć imienna i podpis Dziekana

Skala ocen obowiązująca przy zaliczeniach i egzaminach na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (zgodnie z Regulaminem Studiów):

Bardzo dobry (5,0), Ponad dobry (4,5), Dobry (4,0), Dość dobry (3,5), Dostateczny (3,0), Niedostateczny (2,0)

|  |
| --- |
|  *\* niepotrzebne skreślić**\*\* wybierz właściwe* |