



**Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu**  
**Centrum Doskonalenia Kadr**

**ŚWIADECTWO**  
**UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**  
**WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Pan(i) .....  
imię lub imiona i nazwisko

urodzony(a) ..... r. w .....

ukończył(a) w roku ..... - semestralne studia podyplomowe w zakresie  
( liczba semestrów)

.....

..... z wynikiem .....

DYREKTOR  
CENTRUM DOSKONALENIA KADR

pieczęć  
urzędowa uczelni

REKTOR

.....  
(pieczęć i podpis)

.....  
(pieczęć i podpis)

....., dnia .....r.  
(Miejscowość)

L.p.	Nazwa przedmiotu	Liczba godzin zajęć teoretycznych	Liczba godzin zajęć praktycznych	Liczba punktów ECTS
	Razem:			

.....  
 ( Pieczęć i podpis )  
 Dyrektora Centrum Doskonalenia Kadr