

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU



WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DYPLOM

(imię lub imiona i nazwisko)

urodzon dnia w

na podstawie

(określenie osiągnięcia naukowego)

uzyskał stopień naukowy

DOKTORA HABILITOWANEGO

w dziedzinie
w dyscyplinie

NAUK MEDYCZNYCH i NAUK O ZDROWIU
NAUKI O KULTURZE FIZYCZNEJ

nadany uchwałą

(nazwa podmiotu habilitującego)

z dnia
(data podjęcia uchwały w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego)

Recenzenci w postępowaniu habilitacyjnym

(miejsowość, data)



(podpis przewodniczącego komisji habilitacyjnej) (pieczęć imienna i podpis kierownika podmiotu habilitującego) (pieczęć imienna i podpis rektora)

Nr

ODPIS

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej szkoły wyższej)



WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DYPLOM

.....
(imię lub imiona i nazwisko)

urodzon..... dnia W

na podstawie

.....
(określenie osiągnięcia naukowego)

uzyskał stopień naukowy

DOKTORA HABILITOWANEGO

w dziedzinie
w dyscyplinie

NAUK MEDYCZNYCH i NAUK O ZDROWIU
NAUKI O KULTURZE FIZYCZNEJ

nadany uchwałą
(nazwa podmiotu habilitującego)

z dnia
(data podjęcia uchwały w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego)

Recenzenci w postępowaniu habilitacyjnym:

.....

.....

.....
(miejsowość, data)



(podpis przewodniczącego komisji habilitacyjnej) (pieczęć imienna i podpis kierownika podmiotu habilitującego) (pieczęć imienna i podpis rektora)

Nr

EGZEMPLARZ DO AKT
AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej szkoły wyższej)



WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DYPLOM

.....
(imię lub imiona i nazwisko)

urodzon..... dniaw

na podstawie

.....
(określenie osiągnięcia naukowego)

uzyskał stopień naukowy

DOKTORA HABILITOWANEGO

w dziedzinie
w dyscyplinie

NAUK MEDYCZNYCH i NAUK O ZDROWIU
NAUKI O KULTURZE FIZYCZNEJ

nadany uchwałą
(nazwa podmiotu habilitującego)

z dnia
(data podjęcia uchwały w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego)

Recenzenci w postępowaniu habilitacyjnym:

.....

.....

.....
(miejsowość, data)



(podpis przewodniczącego komisji habilitacyjnej) (pieczęć imienna i podpis kierownika podmiotu habilitującego) (pieczęć imienna i podpis rektora)

Nr