

ORYGINAŁ

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO WE WROCŁAWIU



WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DYPLOM HABILITACYJNY

_____ (imię lub imiona i nazwisko)
urodzon _____ dnia _____ w _____

na podstawie _____

_____ (określenie osiągnięcia naukowego)
uzyskał _____ stopień naukowy

DOKTORA HABILITOWANEGO

w dziedzinie NAUK MEDYCZNYCH i NAUK O ZDROWIU
w dyscyplinie NAUKI O KULTURZE FIZYCZNEJ

nadany uchwałą _____
(nazwa podmiotu habilitującego)

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

.....
(miejscowość, data)



(pieczęć imienna i podpis kierownika
podmiotu habilitującego)

Nr _____



WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DYPLOM HABILITACYJNY

.....
(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)

.....
(miejsowość, data)



(pieczęć imienna i podpis kierownika podmiotu habilitującego)

Nr



WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DYPLOM HABILITACYJNY

.....
(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)

.....
(miejsowość, data)



(pieczęć imienna i podpis kierownika podmiotu habilitującego)

Nr