

# ŚWIADECTWO

UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH  
WYDANE W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

POZNAŃSKA AKADEMIA MEDYCZNA NAUK  
STOSOWANYCH IM. KSIĘCIA MIESZKA I

Podmiot prowadzący

Imię/imiona i Nazwisko \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Kierunek studiów \_\_\_\_\_

Liczba semestrów \_\_\_\_\_

Wynik ukończenia studiów \_\_\_\_\_

DYREKTOR STUDIÓW  
PODYPLOMOWYCH

REKTOR

pieczęć urzędowa  
Uczelni

\_\_\_\_\_  
pieczęć imienna i podpis

\_\_\_\_\_  
pieczęć imienna i podpis

AA 0017359

**P R K 6**

Kwalifikacja cząstkowa na poziomie  
szóstym Polskiej Ramy Kwalifikacji  
i europejskich ram kwalifikacji

\_\_\_\_\_  
miejsce i data wydania świadectwa

Lp.	Nazwa zajęć	Liczba godzin zajęć teoretycznych	Liczba godzin zajęć praktycznych	Liczba punktów ECTS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
	Razem			