



Pani/Pan **PAULINA MAGDALENA WOTA**

data urodzenia **22 lutego 1993 r.**

miejsce urodzenia **Szawocin**

(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu **47990**

WYDZIAŁ REHABILITACJI

(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



**DYPLOM
UKOŃCZENIA STUDIÓW**

FORMA STUDIÓW **stacjonarym**

KIERUNEK **FIZJOTERAPIA**

SPECJALNOŚĆ

OBSZAR KSZTAŁCENIA **w zakresie nauk medycznych,
nauk o zokroniu oraz nauk o kulturze fizycznej**

PROFIL KSZTAŁCENIA **praktyczny**

POZIOM KWALIFIKACJI **szósty**

WYNIK **bardzo dobry**

DATA UZYSKANIA **14 lipca 2015 r.**

TYTUŁ ZAWODOWY **licencjat**

Kierownik podstawowej
jednostki organizacyjnej

Prof. dr hab.

(pieczęć i podpis)

Andrzej Kaszmi
Warszawa

(miejscowość)

Rektor

Dr hab. prof. AWF

Stanek

(pieczęć i podpis)

dnia **14.07.2015**

