



LUBELSKA AKADEMIA WSEI
UL. PROJEKTOWA 4, 20-209 LUBLIN

NAZWA WYDZIAŁU

ŚWIADECTWO
UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH
wydane w Rzeczypospolitej Polskiej

Pan/Pani Imię/Imiona i Nazwisko

urodzony/a w dniu **dzień miesiąc rok** roku w **Miejscowość**

ukończył/a **dwu/trzy**semestralne studia podyplomowe w zakresie

„Kierunek studiów”

z wynikiem **ocena**

data rozpoczęcia: **dzień miesiąc rok** r.

data zakończenia: **dzień miesiąc rok** r.

Dyrektor
Centrum Kształcenia Podyplomowego

Dziekan Wydziału

(pieczęć urzędowa)

.....
(pieczęć imienna i podpis)

.....
(pieczęć imienna i podpis)

Nr **XXXXXX/20XX**

Lublin, dnia **dzień miesiąc rok** r.

