

UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU
LEKARSKI

WYDZIAŁ



DYPLOM

ukończenia studiów w formie *stacjonarnej*

w obszarze kształcenia nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz
nauk o kulturze fizycznej

o profilu kształcenia *osobnoakademicki*

na kierunku *Dietetyka*

w specjalności

z wynikiem *bardzo dobrym*

i uzyskania w dniu *06 lipca* *2017* r.

tytułu zawodowego *magister*

Dziekan Wydziału

Rektor



z
urzędowa

Pan(i) *Anna Elżbieta Hajosł*

(imię i nazwisko)

data urodzenia *07 grudnia* *1993* r.

miejsce urodzenia *Bydgoszcz*

(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu *14488*

Prof. dr hab. Zdzisław Krasinski
(pieczęć imienna i podpis)

Prof. dr hab. Andrzej Tyciński
(pieczęć imienna i podpis)

Pieczęć
urzędowa

Poznań
(miejscowość)

dnia *06.07.2017* r.