

Część A



Justyna

(podpis posiadacza dyplomu)

907/Rw

Nr dyplomu

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
we WROCŁAWIU

(nazwa uczelni)

WYDZIAŁ FIZJOTERAPII

(nazwa jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM

Pan(i) **Justyna Wiatrów**

(imie/imiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia **10 stycznia 1980** r.

w **Legnicy**

odbył(a) studia na kierunku **fizjoterapii**

w zakresie --- --- ---

z wynikiem **dobrym**

i uzyskał(a) w dniu **14 października 2005** r.

tytuł zawodowy **Magister**

Dziekan

Rektor

Prof. dr hab. M. Woźniewski

Prof. dr hab. T. Koszczyk

(pieczęć imienna i podpis)

(pieczęć imienna i podpis)

Wrocław

14.10.2005

(miejscowość)

dnia r.

