



# DYPLOM HABILITACYJNY

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

\_\_\_\_\_

(nazwa i siedziba podmiotu habilitującego)

\_\_\_\_\_

(imię lub imiona i nazwisko)

urodzon \_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ roku w \_\_\_\_\_

na podstawie osiągnięcia naukowego \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

uzyskał \_\_\_\_\_ stopień naukowy

## DOKTORA HABILITOWANEGO NAUK

w dziedzinie nauk \_\_\_\_\_

w dyscyplinie naukowej \_\_\_\_\_

data nadania stopnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(miejsowość i data wydania dyplomu)



\_\_\_\_\_

(pieczęć imienna i podpis Rektora)

nr \_\_\_\_\_