





AKADEMIA SZTUK PIĘKNYCH
W WARSZAWIE
WYDZIAŁ

DYPLOM

fotografia
45 x 65 mm

nie dotyczy

podpis posiadacza dyplomu

Pan(i) _____
imie/ imiona i nazwisko

data urodzenia _____

miejsce urodzenia _____

ukończenia studiów w formie _____

na kierunku _____

w specjalności _____

w obszarze kształcenia _____

o profilu kształcenia _____

z wynikiem _____

i uzyskania w dniu _____ r.

tytułu zawodowego _____

Kierownik podstawowej
jednostki organizacyjnej

Rektor

pieczęć imienna i podpis

pieczęć imienna i podpis

miejsceowości _____

dnia _____



