



AKADEMIA ŁOMŻYŃSKA
z siedzibą w Łomży

NAZWA WYDZIAŁU

ŚWIADECTWO
UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH
Wydane w Rzeczypospolitej Polskiej

Pan/i
(imiona i nazwisko)

Urodzony/a w dniu W
(data) (miejsce urodzenia)

Ukończył/a w roku - semestralne studia podyplomowe
(liczba semestrów)

.....
(nazwa studiów podyplomowych)

data rozpoczęcia data zakończenia

z wynikiem

DZIEKAN

.....
(pieczęć imienna i podpis)



REKTOR

.....
(pieczęć imienna i podpis)

dnia

.....
(miejscowość)

.....
(data wydania świadectwa)



WYKAZ ZAJĘĆ				
Lp.	Nazwa przedmiotu		Liczba godzin zajęć	Liczba punktów ECTS
	Łączna liczba godzin zajęć oraz punktów ECTS			
	w tym	zajęcia kształtujące umiejętności praktyczne		
		zajęcia prowadzone z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość		

PRAKTYKA ZAWODOWA	
Miejsce odbywania praktyki zawodowej	

KWALIFIKACJE LUB UPRAWNIENIA ZAWODOWE	

tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko kierownika studiów podyplomowych

DODATKOWE INFORMACJE

Studia podyplomowe pn. zostały uruchomione na mocy Zarządzenia Nr Rektora AŁ.
Program studiów podyplomowych wraz z zakładanymi efektami uczenia się został przyjęty Uchwałą Nr Senatu AŁ.
Numer usługi w Bazie Usług Rozwojowych: Data świadczenia usługi rozwojowej: