



# DYPLOM

WYDANY W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**Wydział Lekarski**

\_\_\_\_\_ *imiona i nazwisko* \_\_\_\_\_  
urodzon \_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ r. w \_\_\_\_\_  
na podstawie osiągnięcia naukowego \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

uzyskał \_\_\_\_\_ stopień naukowy

## DOKTORA HABILITOWANEGO

NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU

dyscyplina \_\_\_\_\_  
specjalność \_\_\_\_\_  
nadany uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego z dnia \_\_\_\_\_  
Recenzenci w postępowaniu habilitacyjnym \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gdańsk, dnia \_\_\_\_\_

*Przewodniczący  
Komisji Habilitacyjnej*

*Dziekan*

*Rektor*

*podpis*

*pieczęć imienna i podpis*

*pieczęć imienna i podpis*



Nr \_\_\_\_\_