

**UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU**

(nazwa uczelni)

Wydział Nauk o Zdrowiu

(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM



ukończenia studiów w formie *stacjonarnej*

na kierunku *fizjoterapia*

w specjalności

z wynikiem *bardzo dobrym*

i uzyskania w dniu *30 czerwca 2010 r.*

tytułu zawodowego *magistra*

Pani *Anna Katarzyna Obarska*

(imię/imiona i nazwisko)

data urodzenia *2 kwietnia 1986 r.*

miejsce urodzenia *Bydgoszcz*

Obarska Anna

(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu *1800/134424/2010*

Kierownik podstawowej
jednostki organizacyjnej *z up. Rektora*

prof. dr hab. Małgorzata Tofil-Klawnska
(pieczęć imienna i podpis)

Prof. dr hab. Małgorzata Tofil-Klawnska
(pieczęć imienna i podpis)

Pieczęć
urzędowa

Toruń
(miejscowość)

dnia *30 czerwca 2010 r.*