

**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. (pieczęć imienna i podpis)

Prof. dr hab. Małgorzata Tofil-Klawnska

(pieczęć imienna i podpis)

Pieczęć
urzędowa

Toruń
(miejscowość)

dnia **30 czerwca 2010 r.**