

WZÓR

**DYPLOM**

Pani/Pan .....  
urodzona(-ny) ..... W .....  
posiadająca(-cy) numer PESEL<sup>1)</sup> .....  
po zrealizowaniu programu specjalizacji pod kierunkiem Pani/Pana .....  
i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Fizjoterapeutów  
z oceną .....  
w dniu .....  
przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w rozporządzeniu Ministra  
Zdrowia z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez  
fizjoterapeutów (Dz. U. poz. 490)

**uzyskała/uzyskał tytuł specjalisty  
w dziedzinie fizjoterapii**

(pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych)

.....  
(podpis i pieczęć Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych)

.....  
(numer dyplomu)

.....  
(miejsce i data wydania dyplomu)

---

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.