



WYŻSZA  
SZKOŁA  
FIZJOTERAPII  
z siedzibą we Wrocławiu

A 0125471

# DYPLOM

ukończenia jednolitych studiów magisterskich  
wydany w Rzeczypospolitej Polskiej



Pieczęć  
urzędowa

Pan(i) *Karolina Angelika Rogowska*  
data urodzenia *13 stycznia 1993 r.*  
miejsce urodzenia *Brzeg*  
Nr dyplomu *6933*

ukończenia studiów w formie *niestacjonarnej*  
na kierunku *fizjoterapia*  
w dyscyplinie wiodącej *---*  
o profilu kształcenia *praktycznym*  
z wynikiem *dobrym*  
i uzyskania w dniu *13 września 2023 r.*  
tytułu zawodowego *magister*



Kwalifikacja pełna na poziomie  
siódmym Polskiej Ramy Kwalifikacji  
i europejskich ram kwalifikacji



Rektor

REKTOR  
*Andrzej Czarnara*  
prof. dr hab. n. med. i n. o zdr.  
Andrzej Czarnara

(pieczęć imienna i podpis)

Wrocław, dnia *13 września 2023 r.*