



**Państwowa Wyższa Szkoła
Filmowa, Telewizyjna i Teatralna
im. Leona Schillera w Łodzi**

imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

**ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA STUDIÓW
PODYPLOMOWYCH**

WYDZIAŁ

nazwa studiów podyplomowych

data rozpoczęcia studiów

data zakończenia studiów

liczba semestrów

wynik

miejsowość i data wydania dyplomu

REKTOR

L.p.	Nazwa przedmiotu	Liczba godzin zajęć teoretycznych	Liczba godzin zajęć praktycznych	Liczba godzin zajęć prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość	Liczba punktów ECTS
<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100%; height: 100%;"></div>		<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100%; height: 100%;"></div>