

.....  
*miejsowość i data*

*Imię i nazwisko:* .....

*Telefon kontaktowy/e-mail:* .....

**OŚWIADCZENIE**  
**o odpracowaniu pobranego stypendium**

Oświadczam, że podejmę zatrudnienie w ramach, co najmniej jednej specjalizacji deficytowej w wojewódzkim podmiocie leczniczym, po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 12 miesięcy od zakończeniu stażu podyplomowego dla lekarzy, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczoną pełnymi latami.

Jednocześnie oświadczam, iż podjęcie przeze mnie zatrudnienia nastąpi w ramach co najmniej jednej specjalizacji deficytowej, spośród specjalizacji wskazanych w ogłoszeniu o naborze wniosków o przyznanie stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim.

.....  
*(data i własnoręczny podpis)*