

Załącznik nr 3
do Regulaminu przyznawania stypendium
dla studentów kształcących się
na kierunkach medycznych, z wyłączeniem kierunku lekarskiego

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy/e-mail:

Nazwa kierunku medycznego:

OŚWIADCZENIE

zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia

Oświadczam, że po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 3 miesięcy od uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu medycznego, podejmę pracę w wojewódzkim podmiocie leczniczym przez okres co najmniej 3 lat.

.....
(data i własnoręczny podpis)