

.....
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, liczonym 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)