Załącznik nr 1

do Wniosku o przyznanie stypendium

w ramach programu pn. „Podkarpackie wspiera lekarskie specjalizacje deficytowe”

………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..*

*Adres stałego zamieszkania: ………………………………………………………*

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

# OŚWIADCZENIE

**zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia**

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu, jednak nie później niż przed upływem 10 miesięcy po jego uzyskaniu, podejmę zatrudnienie w ramach specjalizacji deficytowej w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Podkarpackie według wykazu zawartego w Załączniku Nr 2 do naboru na okres pracy[[1]](#footnote-1)…………………. Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendiów w ramach programu pn. „Podkarpackie wspiera lekarskie specjalizacje deficytowe” i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z w/w zobowiązania.

………………………………………….

*(data i czytelny podpis studenta)*

1. 2 lat, gdy Student pobiera stypendium od VI roku studiów,

   3 lat, gdy Student pobiera stypendium od V roku studiów,

   4 lat, gdy Student pobiera stypendium od IV roku studiów [↑](#footnote-ref-1)