Załącznik nr 2

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

**o niekorzystaniu z urlopów**

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, że na dzień składania wniosku o przyznanie stypendium nie korzystam z urlopów określonych w regulaminie studiów.

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)*