Załącznik nr 4 do Regulaminu programu stypendialnego w roku akademickim 2023/2024 dla studentów kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

Oświadczenie o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Województwa o miejscu odpracowywania stypendium

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko: _____
2. Adres zamieszkania: _____

Zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa o podjęciu zatrudnienia w wojewódzkim podmiocie leczniczym w terminie 30 dni od dnia jego rozpoczęcia.

_____	_____
Miejscowość, data	Podpis kandydata