Załącznik nr 3 do Regulaminu programu stypendialnego w roku akademickim 2023/2024 dla studentów kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne

Oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia

Dane osobowe

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

Oświadczam, że po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 3 miesięcy od uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu medycznego, podejmę zatrudnienie w wojewódzkim podmiocie leczniczym na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami.

_____	_____
Miejscowość, data	Podpis kandydata