

Oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia

Dane osobowe

1. Imię i nazwisko: _____
2. Adres zamieszkania: _____
3. Telefon kontaktowy: _____
4. Adres e-mail: _____

Deklarowany podmiot leczniczy

1. Pierwszego wyboru: _____
2. Drugiego wyboru (opcjonalnie): _____
3. Trzeciego wyboru (opcjonalnie): _____

Deklarowana deficytowa specjalizacja medyczna

1. Pierwszego wyboru: _____
2. Drugiego wyboru (opcjonalnie): _____
3. Trzeciego wyboru (opcjonalnie): _____

Oświadczam, że podejmę zatrudnienie w wojewódzkim podmiocie leczniczym, po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 12 miesięcy od zakończenia stażu podyplomowego dla lekarzy, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami.

Oświadczam, iż podjęcie przeze mnie zatrudnienia nastąpi w ramach co najmniej jednej specjalizacji deficytowej, spośród specjalizacji wskazanych w ogłoszeniu o naborze wniosków do programu stypendialnego w roku akademickim 2023/2024 dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim.

Miejscowość, data

Podpis kandydata