………………………………………

*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 6 miesięcy po jego uzyskaniu, podejmę zatrudnienie
w pełnym wymiarze czasu pracy, w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, w ramach lekarskiej specjalizacji priorytetowej wskazanej przeze mnie we wniosku
o przyznanie stypendium w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, na okres pracy[[1]](#footnote-1)………………….

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi zapisy Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim i skutki prawne wynikające z niewywiązania się z ww. zobowiązania.

 …………………………………………………………..……….

  *(data i czytelny podpis studenta)*

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

 2) 3 lat, gdy Student pobiera stypendium od V roku studiów,

 3) 4 lat, gdy Student pobiera stypendium od IV roku studiów [↑](#footnote-ref-1)