Załącznik nr 3

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 zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu o odbywanej specjalizacji
i podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana**

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa Podkarpackiego o odbywanej specjalizacji w podmiocie leczniczym/szpitalu, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Podkarpackie według wykazu zawartego w Załączniku Nr 2 do naboru w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia
w w/w podmiocie.

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)*