Załącznik nr 4

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 o odpracowaniu stypendium**

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Województwa Podkarpackiego o odpracowaniu stypendium w deficytowej specjalizacji w podmiocie leczniczym/szpitalu, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Podkarpackie według wykazu zawartego w Załączniku Nr 2 do naboru wniosków przez okres pracy[[1]](#footnote-1) ………….. w terminie 30 dni od dnia zakończenia odpracowania stypendium.

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)*

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

   1. 3 lat, gdy Student pobiera stypendium od V roku studiów,
   2. 4 lat, gdy Student pobiera stypendium od IV roku studiów

   [↑](#footnote-ref-1)