OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y …………………………………. PESEL …………………………….

oświadczam, że :

1. zobowiązuję się do podjęcia pracy w SP ZOZ w Przeworsku w ramach stażu podyplomowego w terminie do 6 miesięcy po uzyskaniu dyplomu lekarza, po uprzednim uzyskaniu prawa wykonywania zawodu oraz kontynuacji zatrudnienia po zakończeniu stażu
w SP ZOZ w Przeworsku przez okres 1 …………..
2. wybrana specjalizacja lekarska przeze mnie to ………..

…..……………………….

 data i podpis Studenta

1 okres zatrudnienia wynika z § 5ust. 2 pkt. 4 lub § 6 ust. 5 pkt. 2 Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów kształcących się w szkole wyższej na jednolitych studiach magisterskich stacjonarnych lub niestacjonarnych na kierunku lekarskim. Okres zatrudnienia należy podać w pełnych latach