………………………………………

*miejscowość i data*

*Imię i nazwisko: …………………………………………………………………….*

*Adres stałego zamieszkania: ……………………………………………………..*

*Telefon kontaktowy/e-mail: ……………………………………………………….*

# OŚWIADCZENIE

# o zobowiązaniu się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o rozpoczęciu specjalizacji

Ja, niżej podpisany/na zobowiązuję się do poinformowania Zarządu Powiatu Leżajskiego o podjęciu zatrudnienia w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Leżajsku na specjalizacji …………………………………………….. w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia
w ww. podmiocie.

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)*