

### **Oświadczenie o zobowiązaniu się do podjęcia zatrudnienia**

Imię i nazwisko:

---

Oświadczam, że podejmę zatrudnienie w wojewódzkim podmiocie leczniczym, po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 12 miesięcy od zakończenia stażu podyplomowego dla lekarzy, na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami. Oświadczam, iż podjęcie przeze mnie zatrudnienia nastąpi w ramach co najmniej jednej specjalizacji deficytowej, spośród specjalizacji wskazanych w ogłoszeniu o naborze wniosków do programu stypendialnego w roku akademickim 2024/2025 dla studentów kształcących się na kierunku lekarskim.

---

Miejscowość, data

---

Podpis kandydata