*Załącznik nr 3 do Ogłoszenia o naborze wniosków o przyznanie stypendium
z dnia 21.06.2023 r.*

………………………………….

*(data, miejsce)*

Oświadczenie studenta/studentki\* o zamiarze podjęcia pracy
w związku ze złożeniem wniosku o stypendium

Ja, ……………………………………………………………………………………………….

 *(imię i nazwisko)*

Student/studentka\* …………roku studiów licencjackich/magisterskich/jednolitych studiów\*

kierunku lekarskiego/pielęgniarskiego\*

na uczelni ………………………………………………………………………………………

 *(nazwa uczelni)*

legitymująca/-y się dowodem osobistym nr ……………………………………………………

wydanym przez …………………………………………………………………………………

oświadczam, że w przypadku przyznania mi stypendium Burmistrza Miasta i Gminy Świerzawa zobowiązuję się do podjęcia pracy w podmiocie leczniczym dla którego podmiotem tworzącym jest Gmina Świerzawa na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczonych pełnymi latami, niezwłocznie po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu, jednak nie później niż 3 miesiące po jego uzyskaniu.

*\*niepotrzebne skreślić*

 Czytelny podpis

………………………………………………..