**Oświadczenie podjęcia pracy w wybranym podmiocie leczniczym dla którego podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego**

Ja, niżej podpisana(y) ……………………………………………………………………………

( imię i nazwisko)

po zapoznaniu się z zasadami udzielania stypendiów dla studentów studiów pierwszego stopnia kształcących się na kierunku pielęgniarstwo oraz po ukończeniu pobierania stypendium w okresie od października 2019 do czerwca 2020, oświadczam, że podejmę pracę i będę pracowała(ł) w …………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

( nazwa i adres podmiotu leczniczego z Wykaz podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Dolnośląskiego) **co najmniej 3 lata.**

Miejscowość data, podpis