**Załącznik nr 2**

**do Ogłoszenia o naborze wniosków**

………………………………………………

miejscowość i data

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy oraz e-mail: …………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

**o odpracowaniu pobranego stypendium,   
zawierające zobowiązanie do podjęcia zatrudnienia**

Oświadczam, iż po zakończeniu stażu podyplomowego, jednak nie później niż w terminie   
12 miesięcy od jego zakończenia podejmę zatrudnienie w celu odbycia szkolenia specjalizacyjnego w ramach co najmniej jednej specjalizacji deficytowej wskazanej   
w ogłoszeniu o naborze wniosków w wojewódzkim podmiocie leczniczym - publicznym podmiocie leczniczym, dla którego Województwo Dolnośląskie jest podmiotem tworzącym lub w którym posiada udziały.

Oświadczam, iż w przypadku braku miejsc do odbywania specjalizacji deficytowej wskazanej w ogłoszeniu o naborze wniosków w wojewódzkich podmiotach leczniczych lub innego udokumentowanego braku możliwości zatrudnienia w ramach specjalizacji deficytowej   
we wszystkich wojewódzkich podmiotach leczniczych podejmę zatrudnienie w celu odbycia szkolenia specjalizacyjnego w ramach co najmniej jednej specjalizacji deficytowej, o której mowa powyżej, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od zakończenia stażu podyplomowego   
w szpitalu powiatowym - publicznym podmiocie leczniczym, dla którego powiat z terenu województwa dolnośląskiego jest podmiotem tworzącym lub w którym posiada udziały.

Oświadczam, iż podjęcie przeze mnie zatrudnienia, o którym mowa powyżej nastąpi w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w pełnym wymiarze czasu pracy - przez okres   
co najmniej 3 lat.

………………….…………………………………

(data i własnoręczny podpis)