**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)