**Załącznik nr 4**

**do Ogłoszenia o naborze wniosków**

………………………………………………

Miejscowość i data

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

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

**OŚWIADCZENIE**

**o zobowiązaniu do poinformowania Departamentu właściwego do spraw zdrowia UMWD o odbywanej specjalizacji i podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywana**

Zobowiązuję się do poinformowania Departamentu właściwego do spraw zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego o odbywanej specjalizacji oraz podmiocie leczniczym, w którym jest ona odbywania w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia odbywania specjalizacji.

………………….…………………………………

(data i własnoręczny podpis)