**Załącznik nr 5**

**do Ogłoszenia o naborze wniosków**

 ………………………………………………

 Miejscowość i data

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

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

**OŚWIADCZENIE**

**o zobowiązaniu się do poinformowania Departamentu właściwego do spraw zdrowia UMWD o odpracowaniu stypendium w ramach specjalizacji deficytowej**

Zobowiązuję się do poinformowania Departamentu właściwego do spraw zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego o odpracowaniu stypendium
w ramach specjalizacji deficytowej w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej
w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres co najmniej 3 lat w wojewódzkim podmiocie leczniczym lub szpitalu powiatowym w terminie 30 dni od dnia zakończenia odpracowania stypendium.

 ………………….…………………………………

 (data i własnoręczny podpis)