

Załącznik nr 3  
do Regulaminu przyznawania stypendium dla studentów  
w okresie od 1 października 2022r. do 30 czerwca 2023r.

.....  
miejsowość i data

Imię i nazwisko: .....

Telefon kontaktowy/e-mail: .....

### **Oświadczenie o podjęciu zatrudnienia**

Oświadczam, że podejmę zatrudnienie w Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Kartuzach po zakończeniu kształcenia, jednak nie później niż w ciągu 6 miesięcy od ukończenia studiów, na okres 2 lat.

.....  
(data i własnoręczny podpis)