*Załącznik do Ogłoszenia o naborze wniosków o  przyznanie stypendium studentom kształcącym się na uczelni kierunku lekarskim.*

|  |
| --- |
| **FORMULARZ STUDENTA** |
| Nazwisko |  | Miejscowość |
| Imię (imiona) |  | Data |
| Nazwa uczelni  |  |
| Rozpoczynany rok studiów  |  |
| Średnia ocen za ostatni rok akademicki  |  |
| Średnia ocen za przedostatni rok akademicki  |  |
| PESEL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tel.: |
| ***Miejsce stałego zamieszkania*** |
| ulica  |  | nr domu/mieszkania  |  |
| miejscowość |  | powiat |  |
| kod pocztowy  |  |  | **-** |  |  |  | województwo  |  |
| ***Adres do korespondencji (jeśli inny niż stałego zamieszkania)*** |
| ulica  |  | nr domu/ mieszkania  |  |
| miejscowość  |  | powiat |  |
| kod pocztowy  |  |  | **-** |  |  |  | województwo  |  |
| * ***Deklaruję chęć podjęcia pracy w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie/ZOZ w Reszlu przez okres co najmniej …….roku/ lat\* po zakończeniu studiów.*** *(okres zatrudnienia nie może być krótszy niż okres pobierania stypendium)*
* ***Nie deklaruję chęci podjęcia pracy w Szpitalu Powiatowym w Kętrzynie/ZOZ w Reszlu***.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, do celów związanych z przyznaniem stypendium i  świadczenia pracy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 178 ).   ………………………... (podpis studenta ) |
| **Wypełnia Zarząd Powiatu w Kętrzynie**  |
| \*Zarząd Powiatu w Kętrzynie przyznaje stypendium:w kwocie ………………………………………………. zł brutto / m-c *słownie* …………………………………………………………………..…………………………………………………………………….złotych  | Podpis Przewodniczącego Zarządu Powiatu w Kętrzynie:  …………………………………… |
| \*Wniosek odrzucono (z powodu) …………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………. |

\*niepotrzebne skreślić