Załącznik nr 2

**Oświadczenie**

Zobowiązuję się do podjęcia zatrudnienia na stanowisku pielęgniarskim w zakładzie leczniczym na terenie Gminy Wrocław, po zakończeniu studiów pielęgniarskich, jednak nie później niż w ciągu trzech miesięcy od zakończenia studiów, na okres nie krótszy niż 3 lata.

Wrocław, ……………………………. ………………………….. czytelny podpis studenta

**Oświadczenie**

**dotyczące wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, jako Administratora tych danych, na potrzeby przeprowadzenia konkursu na wyłonienie beneficjentów Programu stypendialnego „Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników ochrony zdrowia we Wrocławiu poprzez sfinansowanie kosztu opłat za usługi edukacyjne związane z kształceniem na I semestrze studiów niestacjonarnych I stopnia, prowadzonych w Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, na kierunku przygotowującym do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza” w tym: weryfikacji spełnienia kryteriów uczestnictwa przez komisję konkursową i kontaktu z kandydatami / beneficjentami Programu.

Wrocław, ……………………………. ………………………….. czytelny podpis studenta