Załącznik do Regulaminu

**Samodzielny Publiczny Zakład**

**Opieki Zdrowotnej w Kępnie**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE DODATKU STYPENDIALNEGO ZARZĄDU POWIATU KĘPIŃSKIEGO dla LEKARZA STAŻYSTY/ LEKARZA i ROKU SPECJALIZACJI**

Zgodnie z Zarządzeniem …./…./2020 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie z dnia ………. 2020 r. w sprawie dodatku stypendialnego Zarządu Powiatu Kępińskiego przyznawanego lekarzom, wnioskuję o przyznanie mi dodatku stypendialnego

Dane wnioskodawcy:

1. imię (imiona) i nazwisko:................................................................................................................................

2.data urodzenia:.................................................................................................................................................

3.adres zameldowania:........................................................................................................................................

4.adres do korespondencji .................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………................

5 nazwa i adres ukończonej uczelni oraz wydziału .……………………...........................................................................................................................................

 ………………………………………………………………………………………………………………...

6. rodzaj i kierunek studiów ………………………………………………………………………………….

7. rok studiów: ……………………………….

8. średnia arytmetyczna ocen za ostatni rok studiów przed złożeniem wniosku …………………………….

9. dziedzina medycyny w której planowane jest rozpoczęcie specjalizacji………………………………….

Proszę o przekazywanie przyznanego dodatku stypendialnego na rachunek bankowy nr:

………………………………………………………………………………………………………………..

w banku: ……………………………………………………………………………………………………..

Dane dobrowolne: numer telefonu.................................... e-mail …………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z przyznaniem stypendium i świadczenia pracy zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Potwierdzam prawdziwość danych wpisanych we wniosku świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej.

Miejscowość, data: ................................................ ...............................................................

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1) skierowanie na staż podyplomowy/ skierowanie na specjalizację

2) dyplom lekarza

3) zobowiązanie do podjęcia pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie, (warunki pracy i wynagradzania określone zostaną przez SPZOZ w Kępnie, z zachowaniem zasad równego traktowania i wynagradzania),

Załącznik do wniosku

**Zobowiązanie (dla lekarza stażysty)**

Niżej podpisana/y zobowiązuję się do podjęcia i świadczenia pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie w okresie nie krótszym niż okres pobierania przyznanego mi dodatku stypendialnego.

 ……………………….

 Czytelny podpis

**Zobowiązanie ( dla lekarza I roku specjalizacji )**

Niżej podpisana/y zobowiązuję się do podjęcia i świadczenia pracy w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie przez cały okres specjalizacji .

 ……………………….

 Czytelny podpis