**Załącznik do zasad udzielania**

**stypendiów dla studentów studiów**

**pierwszego stopnia kształcących się na**

**kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo**

1. **Wniosek o przyznanie stypendium**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię studenta |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nazwa Uczelni |  |
| Adres Uczelni |  |
| Telefon kontaktowy/adres email  |  |
| PESEL. |  |

Dane dotyczące nauki

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpoczęcia studiów (dd/mm/rrrr/)  |  |
| Planowana data ukończenia studiów ( dd/mm/rrrr/)  |  |
| Osiągnięcia studenta ( czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, nagrody, publikacje naukowe, inne) |  |

Wykaz przedmiotów w II roku studiów i oceny uzyskane na zakończenie I i II semestru:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  LP. | Nazwa przedmiotu | Ocena I semestr | Ocena II semestr |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |

Miejscowość data, podpis

1. **Oświadczenie o podjęciu zatrudnienia w podmiocie leczniczym, dla którego Samorząd Województwa Dolnośląskiego jest podmiotem tworzącym**

Oświadczam, że po zakończeniu studiów podejmę pracę w podmiocie leczniczym, wskazanym w załączonym do ogłoszenia wykazie podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa. Oświadczam jednocześnie, że okres mojego zatrudnienia w tym podmiocie będzie wynosił co najmniej 3 lata.

Miejscowość data, podpis