Wzór

**Oświadczenie uczelni o dokonaniu weryfikacji wykształcenia kandydata
oraz posiadanych przez niego uprawnień do wykonywania zawodu**

Ja, niżej podpisany/a

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(czytelnie: imię i nazwisko uprawnionego do złożenia wniosku przedstawiciela uczelni)

potwierdzam dokonanie weryfikacji Kandydata do stypendium

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

w zakresie

* posiadania w kraju aktualnego zatrudnienia wykształcenia oraz uprawnień pozwalających na wykonywanie zawodu

□ lekarza

□ lekarza dentysty

□ farmaceuty

□ pielęgniarki

□ położnej

□ diagnosty laboratoryjnego

□ fizjoterapeuty

□ ratownika medycznego

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

data Podpis reprezentanta uczelni uprawnionego
do złożenia wniosku