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

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

w zakresie

* posiadania uprawnień do wykonywania zawodu

□ lekarza

□ lekarza dentysty

□ pielęgniarki

□ położnej

w państwie członkowskim UE, Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (EOCD) lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (Islandii, Norwegii, Lichtensteinie) lub Konfederacji Szwajcarskiej;

* posiadania dyplomu potwierdzającego ukończenie co najmniej studiów drugiego stopnia lub studiów jednolitych

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

data Podpis reprezentanta uczelni uprawnionego
do złożenia wniosku