



*Załącznik do uchwały nr 868/19  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 24.07.2019r.*

## OGŁOSZENIE O NABORZE WNIOSKÓW O PRYZNANIE STYPENDIUM

1. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego ogłasza nabór wniosków o przyznanie stypendium studentom kształcącym na kierunku lekarskim, w uczelni mającej siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Stypendium przyznawane jest na okres 9 miesięcy tj. od 1 października 2019r. do 30 czerwca 2020r. w wysokości 2.000 zł miesięcznie.
3. Stypendium może być przyznane osobie, która spełnia łącznie następujące warunki:
  - a) jest studentem IV, V lub VI roku kształcącym się na kierunku lekarskim,
  - b) nie powtarza roku, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
  - c) nie korzysta z urlopów określonych w regulaminie studiów w okresie, na który ubiega się o przyznanie stypendium,
  - d) zobowiąże się do obycia stażu i podjęcia pracy w podmiocie leczniczym na terenie województwa świętokrzyskiego, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami,
  - e) zobowiąże się do dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmie zatrudnienie.
4. Stypendium przysługuje tylko w czasie trwania studiów.
5. Z wnioskiem o przyznanie stypendium występuje zainteresowany student.
6. **Wniosek** na druku określonym w załączniku nr 1 do ogłoszenia, należy złożyć w Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach osobiście, pocztą lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP **w terminie do dnia 10 września 2019r.** (o terminie złożenia wniosku decyduje data jego wpływu do Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach).

7. Do wniosku należy dołączyć:
  - a) zaświadczenie z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku,
  - b) zaświadczenie z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku,
  - c) **w przypadku studenta, który w dacie rozpoczęcia studiów nie był mieszkańcem województwa świętokrzyskiego oświadczenie o zamiarze osiedlenia na terenie województwa świętokrzyskiego oraz podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie po zakończeniu nauki objętej programem studiów na kierunku lekarskim.**
8. Wnioski o przyznanie stypendium rozpatrywane będą przez Komisję powołaną przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego.
9. Komisja rekomendując wnioski Zarządowi Województwa Świętokrzyskiego, działa zgodnie z zasadami określonymi w uchwale Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r. *w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim.*
10. O przyznaniu stypendium decyduje Zarząd Województwa Świętokrzyskiego, po zapoznaniu się ze stanowiskiem Komisji.
11. Informacja o przyznaniu stypendium zostanie zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej oraz przekazana kandydatom.
12. Udzielenie stypendium poprzedzi podpisanie umowy określającej w szczególności warunki: przyznania stypendium, zasady jego wypłaty, okoliczności powodujące wstrzymanie i wznowienie jego wypłaty oraz okoliczności powodujące rozwiązanie umowy i obowiązek zwrotu stypendium pobranego przez studenta - załącznik nr 2 do ogłoszenia.
13. Student będzie zobowiązany załączyć do umowy zabezpieczenie w postaci weksla in blanco wraz z deklaracją wekslową.
14. Wykaz deficytowych specjalizacji lekarskich w podmiotach leczniczych podległych Województwu Świętokrzyskiemu stanowi załącznik nr 3 do ogłoszenia.
15. Dodatkowe informacje można uzyskać pod nr telefonu: (041) 342-12-01.

**Załączniki:**

1. Wniosek o przyznanie stypendium.
2. Wzór umowy o przyznanie stypendium.
3. Wykaz deficytowych specjalizacji lekarskich.

**WNIOSEK O PRYZNANIE STYPENDIUM  
DLA STUDENTA KIERUNKU LEKARSKIEGO W ROKU AKADEMICKIM 2019/2020**

Wypełnia student											
Data i miejsce wypełnienia wniosku											
Nazwisko											
Imię (imiona)											
Imię ojca											
Imię matki											
Nazwa uczelni											
Rozpoczynany rok studiów											
Średnia ocen za ostatni rok akademicki											
PESEL								Tel.:			
Adres e-mail:											
<b>Miejsce stałego zamieszkania</b>											
ulica								nr domu/ mieszkania			
miejscowość								powiat			
kod pocztowy				-				województwo			
<b>Miejsce zamieszkania w dacie rozpoczęcia studiów</b>											
ulica								nr domu/ mieszkania			
miejscowość								powiat			
kod pocztowy				-				województwo			
<b>Oświadczam, że:</b>											
1. powyższe dane są prawdziwe,											
2. akceptuję wzór umowy o przyznanie stypendium stanowiący załącznik do ogłoszenia o naborze wniosków,											
3. znane mi są zapisy uchwały Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r. w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim,											
4. w przypadku przyznania mi stypendium zobowiązuję się do:											
<input checked="" type="checkbox"/> obycia stażu i podjęcia pracy w podmiocie leczniczym na terenie województwa świętokrzyskiego, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami,											
<input checked="" type="checkbox"/> preferowany podmiot leczniczy.....											
<input checked="" type="checkbox"/> dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, w którym podejmę zatrudnienie,											
5. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla potrzeb naboru i realizacji umowy o przyznanie stypendium											

**Do wniosku załączam:**

1. **zaświadczenie** z uczelni o statusie studenta wraz z informacją o realizowaniu przez studenta nauki zgodnie z planem studiów, w tym korzystaniu z urlopów określonych w regulaminie studiów oraz powtarzaniu roku,
2. **zaświadczenie** z uczelni o średniej ocen z egzaminów za ostatni rok akademicki poprzedzający rok złożenia wniosku.
3. **oświadczenie** o zamiarze osiedlenia się na terenie województwa świętokrzyskiego oraz podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie po zakończeniu nauki objętej programem studiów na kierunku lekarskim.  
**UWAGA:** *Przedmiotowe oświadczenie składa student, który nie był mieszkańcem województwa świętokrzyskiego w dacie rozpoczęcia studiów - wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie stypendium.*
4. **klauzulę informacyjną RODO** – załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie stypendium.

.....  
(podpis studenta)

**Wypełnia Komisja  
ds. rozpatrzenia wniosków o przyznanie stypendium**

\* Komisja proponuje przyznanie pomocy materialnej:

w kwocie 2 000,00zł / m-c

(słownie: dwa tysiące złotych 00/100)

Podpis Przewodniczącego Komisji

\*Wniosek odrzucono (z powodu)

.....  
.....  
.....  
.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE  
O ZAMIARZE OSIEDLENIA**

Ja niżej podpisana/y..... PESEL.....  
oświadczam, że w związku z faktem, iż w dacie rozpoczęcia studiów nie byłam/-em  
mieszkańcem województwa świętokrzyskiego, zgłaszam zamiar osiedlenia się na terenie  
województwa świętokrzyskiego oraz podjęcia pracy w podmiocie leczniczym, którego  
podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie po zakończeniu nauki objętej  
programem studiów na kierunku lekarskim.

---

<sup>1</sup> składa student, który nie był mieszkańcem województwa świętokrzyskiego w dacie rozpoczęcia studiów

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, 25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 3.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Waldemar Piłat, tel. 41 342 14 87, e-mail: [iod@sejmik.kielce.pl](mailto:iod@sejmik.kielce.pl)
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji procesu naboru, zawarcia i realizacji umowy w sprawie przyznania stypendium studentowi kształcącemu się na kierunku lekarskim, w uczelni mającej siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia ww. celu wynikającego z uchwały Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r. w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do zrealizowania umowy,  
a po tym okresie dla celów archiwalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia jeżeli są niezgodne ze stanem rzeczywistym lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
10. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
11. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości realizacji sprawy powadzonej na podstawie przepisów prawa.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją z art. 13 RODO.

.....  
data i podpis Studenta



**WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE**  
25-516 KIELCE, al.IX Wieków Kielce 3  
NIP 959-15-06-120

*Załącznik nr 2  
do ogłoszenia o naborze wniosków*

**UMOWA Nr .../2019**  
**o przyznanie stypendium**  
zawarta w dniu ..... 2019r. w Kielcach

**pomiędzy Województwem Świętokrzyskim** z siedzibą w Kielcach, Al. IX Wieków Kielce 3, 25-516 Kielce, zwanym dalej „**Województwem**”, reprezentowanym przez:

**Pana Andrzeja Bętkowskiego – Marszałka Województwa Świętokrzyskiego,**

**Pana Marka Bogusławskiego – Członka Zarządu Województwa Świętokrzyskiego,**

**a**

**Panią/Panem**.....zamieszkałą/y m ul....., PESEL.....studentem ..... roku kierunku lekarskiego w uczelni....., zwaną/y m w dalszej części umowy „**Studentem**”.

W oparciu o postanowienia Uchwały Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r. w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim (tj. Dz. Urz. Woj. Świętok. poz. 1546 z dnia 2 kwietnia 2019r.) oraz na podstawie uchwały Nr.....Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia..... w sprawie.....- strony zawierają umowę o następującej treści:

### § 1

1. Przedmiotem umowy jest określenie warunków przyznawania i wypłacania stypendium stanowiącego pomoc finansową studentowi kształcącemu się na kierunku lekarskim.
2. Student zobowiązuje się do:
  - a) odbycia stażu i podjęcia pracy w podmiocie leczniczym na terenie województwa świętokrzyskiego, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo

- Świętokrzyskie na okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami, tj. **co najmniej przez okres 1 roku po ukończeniu stażu,**
- b) dokonania wyboru specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 1 ust.2 lit. a), w którym podejmie zatrudnienie.
3. Staż podyplomowy, o którym mowa w ust 2 lit. a nie jest wliczany do okresu odpracowania stypendium.

## § 2

1. Województwo oświadcza, że Student w okresie od 1 października 2019r. do 30 czerwca 2020r. będzie otrzymywał pomoc finansową w formie stypendium.
2. Kwota stypendium wynosi 2 000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych 00/100) miesięcznie.
3. Stypendium będzie przekazywane do 15-go dnia każdego miesiąca, na rachunek bankowy Studenta nr.....
4. W przypadku stypendium za miesiąc październik 2019r. Województwo zastrzega sobie prawo przekazania stypendium do dnia 10 listopada 2019r.

## § 3

1. Województwo zastrzega sobie prawo do:
  - a) kontroli Studenta pod względem: zgodności danych podanych we wniosku ze stanem faktycznym, spełniania warunków, o których mowa w Uchwale Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r. oraz w niniejszej umowie,
  - b) żądania od Studenta przedstawiania zaświadczeń z uczelni o odbywaniu studiów.
2. W ramach zawartej umowy Województwo może występować do:
  - a) uczelni medycznej z prośbą o potwierdzenie statusu Studenta,
  - b) podmiotu leczniczego podległego Województwu Świętokrzyskiemu, w którym Student podejmie pracę - celem potwierdzenia statusu pracownika, przez okres pracy odpowiadający okresowi pobierania stypendium, liczony pełnymi latami.

## § 4

1. W trakcie obowiązywania umowy Student zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Województwa w terminie 14 dni o:
  - a) zmianie adresu zamieszkania,



- b) zmianie numeru rachunku bankowego, na który mają być przekazywane środki finansowe z tytułu realizacji niniejszej umowy.
  - c) innych zmianach mogących mieć wpływ na realizację niniejszej umowy.
2. Student zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Województwa w terminie 14 dni o:
- a) ukończeniu studiów i uzyskaniu dyplomu lekarza,
  - b) podjęciu stażu w podmiocie leczniczym na terenie województwa świętokrzyskiego, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie,
  - c) podjęciu zatrudnienia w podmiocie leczniczym dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie - **w wymiarze pełnego etatu** i jego trwaniu co najmniej przez okres odpowiadający okresowi pobierania stypendium - liczony pełnymi latami,
  - d) wyborze specjalizacji lekarskiej, która jest deficytowa w podmiocie leczniczym o którym mowa w ust.2 lit. b i c.
3. Informacje o których mowa w ust. 1 i 2 Student składa w Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego w Kielcach osobiście, pocztą lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP.

## § 5

1. Student traci prawo do otrzymywania przyznanego stypendium w przypadku:
- a) podania nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie stypendium,
  - b) skreślenia z listy studentów,
  - c) rezygnacji z prawa do stypendium i rozwiązania umowy,
  - d) korzystania z urlopów określonych w regulaminie studiów.
2. Po zakończeniu urlopów, o których mowa w ust. 1 lit. d, wznawia się wypłacanie stypendium.
3. Student ma obowiązek niezwłocznego, pisemnego poinformowania Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach o każdym przypadku wystąpienia zdarzeń, o których mowa w ust. 1 i 2.
4. Informację o której mowa w ust.3 należy złożyć w Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego w Kielcach osobiście, pocztą lub za pośrednictwem elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP.
5. Informacja, o której mowa w ust.4 powinna zawierać:
- a) datę sporządzenia,

- b) imię i nazwisko Studenta,
  - c) adres zamieszkania Studenta,
  - d) nazwę uczelni,
  - e) wskazanie okoliczności powodujących: wstrzymanie, wznowienie lub rozwiązanie umowy o przyznanie stypendium.
6. Stypendium nie przysługuje od miesiąca, w którym zaistniały okoliczności, o których mowa w ust 1.
  7. Po ustaniu okoliczności wymienionych w § 5 ust.1 lit. d, wznowienie wypłaty stypendium następuje od miesiąca następującego po miesiącu, w którym zakończyły się przesłanki powodujące utratę prawa do otrzymywania stypendium.

## § 6

Podanie nieprawdziwych danych we wniosku o przyznanie stypendium, skreślenie z listy studentów, bądź niedotrzymanie warunków umowy – stanowi podstawę do rozwiązania umowy i zwrotu przez studenta całej pobranej kwoty stypendium wraz z odsetkami liczonymi jak od zaległości podatkowych od dnia przekazania środków w terminie wskazanym przez Województwo Świętokrzyskie na rachunek bankowy Województwa Świętokrzyskiego, nr 03 1020 2629 0000 9502 0342 6962, w ciągu 30 dni od chwili wystąpienia powyższych zdarzeń.

## § 7

1. Student oświadcza, że jako zabezpieczenie wykonania umowy składa do dyspozycji Województwa weksel in blanco na łączną sumę otrzymanego stypendium, opatrzony jego podpisem jako wystawcy wraz z deklaracją wekslową, w której upoważnia Województwo do uzupełnienia weksla w każdym czasie - w przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy.
2. W przypadku niedotrzymania warunków niniejszej umowy Województwo ma prawo opatrzyć złożony weksel datą płatności według swego uznania oraz uzupełnić go brakującymi elementami, w tym klauzulą „bez protestu,”, zawiadamiając studenta o tym fakcie listem poleconym wysłanym pod wskazany adres, przynajmniej na 7 dni przed terminem płatności weksla.
3. Student zobowiązuje się do zapłaty sumy wekslowej po otrzymaniu wezwania o zwrot należnej kwoty – w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wezwania.

## **§ 8**

Student wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych w związku z przyznaniem i wypłatą stypendium.

## **§ 9**

W ramach niniejszej umowy Student zobowiązuje się do godnego reprezentowania udzielającego stypendium oraz do zdobywania i pogłębiania wiedzy.

## **§ 10**

Student oświadcza, że są mu znane zapisy Uchwały Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r. w sprawie stypendium przyznawanego przez Województwo Świętokrzyskie studentom kształcącym się na kierunku lekarskim (tj. Dz. Urz. Woj. Świętok. poz. 1546 z dnia 2 kwietnia 2019r.).

## **§ 11**

Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

## **§ 12**

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają w szczególności: Uchwała Nr VII/87/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 25 marca 2019r., ustawa z dnia 23 kwietnia 1964r.- Kodeks Cywilny( tj. Dz.U.2019.1145), ustawa z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (tj. Dz.U.2019.869).

## **§ 13**

Ewentualne spory mogące wynikać z realizacji niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd powszechny w Kielcach, właściwy dla Województwa.

## **§ 14**

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje Województwo, a jeden Student.

**Załączniki do umowy:**

1. Weksel.
2. Deklaracja wekslowa.

**STUDENT**

.....

**WOJEWÓDZTWO**

.....

.....

**WEKSEL**

\_\_\_\_\_ **na** \_\_\_\_\_  
(miejsce i data wystawienia – miesiąc słownie) (suma wekslowa: cyfra, waluta)

Dnia \_\_\_\_\_ zapłacę bez protestu za  
(data płatności-miesiąc słownie)

ten weksel własny na zlecenie Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą  
w Kielcach Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, NIP 959-15-06-120, REGON 291009337

sumę \_\_\_\_\_  
(suma wekslowa i waluta słownie)

płatny w \_\_\_\_\_  
(miejsce płatności weksła)

Imię i nazwisko wystawcy oraz PESEL .....

\_\_\_\_\_

(podpisy wystawcy)

**Województwo Świętokrzyskie  
Al. IX Wieków Kielc 3  
25-516 Kielce**

### **DEKLARACJA WEKSŁOWA**

Jako zabezpieczenie należytego wykonania zobowiązań wynikających z Umowy Nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ w załączeniu składam do dyspozycji Województwa Świętokrzyskiego weksel in blanco, który Województwo Świętokrzyskie ma prawo \_\_\_\_\_ wypełnić w każdym czasie do kwoty przyznanej z tytułu stypendium powiększonej o odsetki liczone jak od zaległości podatkowych wynikającymi z realizacji weksła oraz weksel ten opatrzyć datą płatności według swego uznania zawiadamiając mnie listem poleconym pod niżej wskazanym adresem:

---

List ten powinien być wysłany przynajmniej na 7 dni przed terminem płatności, na wskazany powyżej adres. Zobowiązuję się do poinformowania Województwo Świętokrzyskie o każdej zmianie mojego adresu. Wtedy list powinien być wysłany na wskazany przez wystawcę weksła adres. Pismo zwrócone z adnotacją „nie podjęto w terminie”, „adresat wyprowadził się” lub tym podobne, uznaje się za doręczone i nie wstrzymuje dalszych czynności Województwa Świętokrzyskiego.

Weksel będzie płatny w \_\_\_\_\_ (miejsce płatności) przelewem na konto Województwa Świętokrzyskiego nr .....z konta wystawcy weksła ....., przekazem pocztowym lub gotówką w kasie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego.

Zabezpieczenie ustanowione jest na okres od daty zawarcia umowy do 3 miesięcy po ustaniu stosunku pracy w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie.

Przyjmuję do wiadomości, że Województwo Świętokrzyskie po upływie wymaganego okresu zabezpieczenia umowy o przyznanie stypendium odeśle mi pod wyżej wskazany adres, listem poleconym, deklarację wekslową i weksel w formie zabezpieczonej (przez przekreślenie) przed użyciem przez osoby nieuprawnione do jego użycia.

W przypadku nieodebrania przesyłki listowej z wekslem i deklaracji wekslowej wyrażam zgodę na protokolarne zniszczenie przez Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego dokumentów zawartych w tej przesyłce.

.....  
(data i miejsce)

.....  
(czytelny podpis wystawcy weksla)

**Wykaz deficytowych specjalizacji lekarskich w podmiotach leczniczych, których podmiotem tworzącym jest Województwo Świętokrzyskie**

Specjalizacja z zakresu:	Nazwa podmiotu leczniczego oraz liczba osób, która powinna podjąć daną specjalizację w oparciu o dane przekazane przez spzoz					
	Wojewódzki Szpital Zespólny w Kielcach	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze	Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy	Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach
anestezjologia i intensywne terapie	2	4	2			
chirurgia ogólna	2					
chirurgia onkologiczna		5				
choroby wewnętrzne	2		8			
hematologia		5				
onkologia kliniczna		3				
patomorfologia		5				
psychiatria					5	
psychiatria dzieci i młodzieży					5	
radioterapia onkologiczna		2				
chirurgia dziecięca	2					
medycyna paliatywna		5				
chirurgia klatki piersiowej		2	2			
endokrynologia		2				
rehabilitacja medyczna				2		
medycyna pracy						8 <sup>2</sup>
choroby płuc			8			
alergologia			2			
radiologia			2			
<b>RAZEM:</b>	8	33	24	2	10	8

<sup>2</sup> brak możliwości odbywania specjalizacji na podstawie umowy o pracę, jedynie w trybie umowy rezydenckiej