

Białystok, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
jednostka organizacyjna UMB

Oświadczam, że:

☐ jestem rezydentem

☐ nie jestem rezydentem

**W przypadku podjęcia rezydentury poinformuję o tym Dział Spraw
Pracowniczych Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku**

.....
podpis pracownika