



Załącznik nr 3 do Regulaminu zad. 6

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020”, ja niżej podpisany/a:

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

Zobowiązuję się:

- uczestniczyć terminie w szkoleniu pn., zwanym dalej szkoleniem,
- w przypadku uczestnictwa w szkoleniu otwartym, przedłożyć w Biurze Projektu certyfikat/zaświadczenie ukończenia powyższego szkolenia.

Przyjmuję do wiadomości, że :

- przewidywany koszt uczestnictwa w szkoleniu w wysokości do kwoty zł (słownie:) pokrywa Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Oświadczam, że w przypadku gdy:

- 1) bez uzasadnionych przyczyn nie podejmę szkolenia, przerwę szkolenie lub opuszczę więcej niż 40 % zajęć,
- 2) nie wezmę udziału w egzaminach / testach przewidzianych w programie szkolenia,
- 3) w trakcie szkolenia:
 - Uniwersytet Medyczny w Białymstoku rozwiąże ze mną stosunek pracy bez wypowiedzenia z mojej winy,
 - rozwiąże stosunek pracy za wypowiedzeniem, z wyjątkiem wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn wskazanych w art. 94³ KP,
 - rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia na podstawie art. 55 lub art. 94³ KP, mimo braku przyczyn określonych w tych przepisach,

wówczas, zgodnie z art. 91 kodeksu pracy, zgadzam się na potrącenie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z mojego wynagrodzenia za pracę należności odpowiadającej wysokości w/w kosztów uczestnictwa w szkoleniu.

Białystok, dn.

.....
Podpis uczestnika szkolenia