

Pielikums
Valmieras novada pašvaldības
____.____.2025. saistošajiem noteikumiem Nr. ____
“Par pašvaldības stipendijas piešķiršanu rezidentiem,
kuri apgūst ģimenes (vispārējās prakses) ārsta specialitāti”

APLIECINĀJUMS

Es, _____,
(vārds, uzvārds, personas kods)

ar savu parakstu apliecinu, ka esmu iepazinusies/-ies ar visu informāciju, kas attiecas uz Valmieras novada pašvaldības stipendijas piešķiršanas kārtību rezidentiem, kuri apgūst ģimenes (vispārējās prakses) ārsta specialitāti. Stipendijas piešķiršanas gadījumā pēc kvalifikācijas iegūšanas, apņemos turpināt darbu ģimenes ārsta praksē ar kuru noslēgts darba līgums vai uzsākt privātpraksi, nodrošinot savas specialitātes pakalpojumu pieejamību Valmieras novada pašvaldības administratīvajā teritorijā, vismaz trīs gadus pēc kārtas, pēc studiju programmas pabeigšanas. Minēto saistību neizpildes gadījumā, apņemos atmaksāt pašvaldības budžetā man izmaksāto stipendiju.

(Vārds, Uzvārds)

(Paraksts)

Vieta, 20____. gada ____.