

NYILATKOZAT
A Nemzeti Egészségügyi és Orvosképzésért Alapítvány
„Jó tanuló, jó ápoló” ösztöndíja

Alulírott (születési hely, idő:
anyja neve:;
oktatási azonosító:.....;
lakcím:)

nyilatkozom, hogy a tárgyban megjelölt ösztöndíjpályázatom pozitív elbírálása esetén
(megfelelő rész aláhúzandó)

- Kötelezettséget vállalok arra, hogy a támogatási időszak másfélszeresének megfelelő időtartamra egészségügyi szolgálati jogviszonyt létesítek a Semmelweis Egyetemmel

☐ igen ☐ nem

- Kötelezettséget vállalok, hogy a szakmai végzettségem megszerzésének évében, legkésőbb azon év szeptember elsejéig a Semmelweis Egyetem klinikáinak fekvőbeteg osztályán, három műszakos munkarendben egészségügyi szolgálati jogviszonyt létesítek.

☐ igen ☐ nem

- Amennyiben a fenti kötelezettségemet nem, vagy az eredeti vállalását csak részben teljesítem, akkor a kapott támogatás – egészségügyi szolgálati jogviszony létesítésének hiányában a kapott támogatás teljes összegének, a vállalt munkavégzési kötelezettség időtartama alatt az egészségügyi szolgálati jogviszonyom megszüntetése esetén a vállalt időszakból nem teljesített időre eső arányos részének – visszafizetésére a támogató felhívásban megjelölt határidőig harminc napon belül maradéktalanul eleget teszek.*

☐ igen ☐ nem

- Abban az esetben, ha még a szakmai vizsga teljesítése előtt megszüntetem tanulói jogviszonyom, akkor az addig folyósított ösztöndíjat azonnali hatállyal egy összegben köteles vagyok visszafizetni.

☐ igen

☐ nem

**. Mentésül a visszafizetési kötelezettség alól, ha hitelt érdemlően igazolja, hogy a Semmelweis Egyetem valamely osztatlan nappali képzésén vagy az Egészségtudományi Kar Ápolás és betegellátás alapképzésének, ápoló vagy szülésznő szakirányán, folyamatos nappali hallgatói jogviszonya van a támogatási időszak másfélszeresének megfelelő időszakra.*

Nyilatkozom továbbá, hogy a pályázati felhívásban rögzítetteket megismertem, az abban foglaltakat magamra nézve kötelezőnek tekintem.

....., 2025.....

.....
pályázó aláírása