Opole, dnia.............................................

…………………………………….

 /imię i nazwisko pracownika/

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

 /adres zamieszkania/

 Uniwersytet Opolski

 wm.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, ze jestem gotowy/a podjąć zatrudnienie na Wydziale Lekarskim prowadzącym działalność dydaktyczną na kierunku lekarskim i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, w charakterze nauczyciela akademickiego od dnia ………………………..