



Wysokość przyznanego dofinansowania: przez WOIPiP.....zł, przez pracodawcęzł

**Wniosek o dofinansowanie,
ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
kosztów kształcenia podyplomowego**

1. Dane personalne wnioskodawcy:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
NR PWZ

Imię i nazwisko

Data urodzenia ____|____|____| - ____|____| - ____|____|

tel. komórkowy..... adres e-mail

2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. ____|____| - ____|____| ul.
(Miejscowość)

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od ____|____|____| - ____|____| - ____|____|
rok m-c d

3. Korzystała(e)m z dofinansowania WOIPiP (w okresie ostatnich dwóch lat):

.....
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c d

.....
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c d

4. Dane dotyczące kształcenia, o które ubiega się wnioskodawca

Rodzaj kształcenia: specjalizacja kurs kwalifikacyjny
kurs specjalistyczny kurs dokształcający

.....
(Nazwa kształcenia)

Nazwa organizatora

Adres organizatora: kod poczt. - ul.
(Miejscowość)

Czas trwania kształcenia: od - -do - -
rok m-c d rok m-c d

Koszt kształcenia zł

5. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej (za okres ostatnich 5 lat)

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

6. Okresy nieskładkowe

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarzki, położne:	okres	
	od	do
które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.		
bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy ,pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy		
wykonyjące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,		
przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,		
pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne/niestanowiące ich jedyne źródło dochodu.		
będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,		
pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.		
niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne		

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

7. Potwierdzam, że wykonywane obowiązki są zgodne z kierunkiem kształcenia (dotyczy dofinansowania do kursu kwalifikacyjnego)

Wysokość kwoty dofinansowania przez zakład..... zł

.....
 (pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za pracę pionu
 pielęgniarzkiego/położniczego w zakładzie)

8. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia - - ma regularnie potrącane
rok m-c d
i odprowadzane składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

.....
rok m-c d

.....
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

.....
Pieczętka zakładu pracy

9. Opinia Pełnomocnika* Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

.....
(Czytelny Podpis Pełnomocnika właściwego rejonu wyborczego)

Oświadczam, że:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego członków WOIPiP
- 2 W razie przerwania nauki lub zaprzestania opłacania składek członkowskich bez uzasadnionych przyczyn, zobowiązuję się do zwrotu przyznanego mi przez Okręgową Radę WOIPiP dofinansowania.

Do wniosku dołączam

- zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzednich miejsc pracy za okres 5 lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie kształcenia lub za okres od powstania tego obowiązku (data wpisu do rejestru członków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych) do daty ubiegania się o refundację jeżeli jest to czas krótszy niż 5 lat
- dokumenty o okresach nieskładkowych.

Oświadczenie wnioskodawcy:

Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie przekazanym mi w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z informacjami zawartymi w/w oświadczeniu.

.....
rok

m-c

d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

*pełnomocnik - pielęgniarka, położna z danego zakładu pracy, wybrana do kontaktów z samorządem