



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 Rejonu)

Imię i nazwisko Data urodzenia |_____|_____|_____|_____| - |_____|_____| - |_____|_____|
rook m-c d

Adres zamieszkania: kod poczt. |_____|_____| - |_____|_____|_____|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. komórkowy.....
(Nr domu) Nr lokalu)

Ważne; należy podać tylko NIP lub tylko PESEL!!!!!!

NIP w przypadku wykonywania działalności gospodarczej PESEL w przypadku zatrudnienia tylko na podstawie umowy o pracę

NIP : |_____|_____|_____| - |_____|_____|_____| - |_____|_____|_____| - |_____|_____| PESEL : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy:

Ulica Kod poczt. |_____|_____| - |_____|_____|_____|
(Miejscowość)

2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. |_____|_____| - |_____|_____|_____|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. służbowy

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od |_____|_____|_____|_____| - |_____|_____| - |_____|_____|
rook m-c d

3. Korzystała(e)m z dofinansowania WOIPiP do:

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

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

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

7. Potwierdzam, że wykonywane obowiązki są zgodne z kierunkiem kształcenia

Wysokość kwoty dofinansowania przez zakład..... zł

.....
(pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za pracę pionu
pielęgniarskiego/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)

9. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

10. Oświadczenie wnioskodawcy:

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.
- 3 Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
- 4 Do wniosku dołączam:
 - zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzednich miejsc pracy
 - dokumenty o okresach nie składkowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Izby zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Nowy Świat 63, 00-042 Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

- -
rok m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)