



**WNIOSEK O REFUNDACJĘ
KOSZTÓW DOKSZTAŁCANIA LUB DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Nr rejestru

Data wpływu

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Data urodzenia

NIP.....PESEL..... Nr pwz

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego

Adres zamieszkania

ul. kod pocztowy miejscowość

Tel. kont: adres email:.....

Nr konta bankowego:

Nazwa i adres zakładu pracy

Forma zatrudnienia

Staż pracy.....

Okresy nieskładkowe: - urlop wychowawczy.....

- udokumentowane bezrobocie

- inne.....

Forma kształcenia lub doskonalenia zawodowego, o którą ubiega się wnioskodawca (temat konferencji, szkolenia, itp.) – właściwe podkreślić i podać nazwę:

- **specjalizacja**

- **studia magisterskie**

- **studia podyplomowe**

- **kurs kwalifikacyjny**

- **kurs specjalistyczny**

- **kurs kształcący**

- **konferencja, seminarium, symposium, zjazd**.....

Cena szkolenia.....

ORGANIZATOR WYMIENIONEGO SZKOLENIA:

.....

(nazwa, adres)

.....

(miejscowość)

(czas trwania szkolenia od-do: dzień, miesiąc, rok)

B. WYPEŁNIA PRACODAWCA WNIOSKODAWCY

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejscowość, data)

1. Zaświadczenie o systematycznym opłacaniu składek

Zaświadcza się, że Pan/Pani

(imię i nazwisko)

od dnia opłaca miesięczną składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu. (Dz.U.Nr 41 poz. 178 z póź. zm.). Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę)

2. Informacje o pomocy udzielonej przez zakład pracy osoby ubiegającej się o przyznanie refundacji*

.....
(nazwa zakładu pracy, instytucji)

oświadcza, że udzielił wnioskującej osobie pomocy :

- płatny urlop szkoleniowy (liczba dni)
- nieobecność usprawiedliwiona z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.....
- delegacja służbowa
- zwrot kosztów dydaktycznych (podać kwotę)
- zwrot kosztów uczestnictwa (podać kwotę)
- wyżywienie (podać kwotę)
- zakwaterowanie (podać kwotę)
- przejazdy (podać kwotę)

***) Proszę uzupełnić pkt. 2 nawet jeśli nie było udzielonej pomocy z zakładu pracy.**

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę)

C. DO KOMPLETNI WYPEŁNIONEGO WNIOSKU WNIOSKODAWCA DOŁĄCZA:

- a) druk polecenia wyjazdu służbowego potwierdzającego liczbę dni uczestnictwa w szkoleniu lub oryginału zaświadczenia od organizatora szkolenia potwierdzającego liczbę dni uczestnictwa w szkoleniu; a) oryginał rachunków, dowodów wpłaty wystawionych przez uprawniony podmiot;
- b) zaświadczenie o ukończeniu kursu lub zaliczonego roku specjalizacji;
- c) zaświadczenie o opłacaniu składek z poprzedniego zakładu pracy, jeżeli okres składkowy wymieniony w punkcie B.1 jest krótszy niż dwa lata. Poświadczony przez pracodawcę/ów okres składkowy winien obejmować dwa ostatnie lata.

D. BRAK JEDNEJ Z INFORMACJI WYMAGANEJ WE WNIOSKU LUB WNIOSEK WYPEŁNIONY NIECZYTELNIE POWODUJE JEGO FORMALNE ODRZUCENIE

1. Oświadczam, że jestem świadomy (a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z refundacji przewidzianych Regulaminem refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu, oświadczam, iż:
 - 1) dotyczy wniosku o refundację kosztów szkolenia specjalizacyjnego,
- w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego określonego wyżej, za który ubiegam się refundacji, nie uczestniczyłem/am w szkoleniu specjalizacyjnym, za który korzystałem/lam z refundacji kosztów.
 - 2) dotyczy wniosku o refundację kosztów kursu kwalifikacyjnego,
- w okresie 2 lat poprzedzających rozpoczęcie kursu kwalifikacyjnego określonego wyżej, za który ubiegam się refundacji, nie uczestniczyłem/am w kursie kwalifikacyjnym, za który korzystałem/lam z refundacji kosztów.
 - 3) dotyczy wniosku o refundację kosztów kursu specjalistycznego,
- w okresie 1 roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu specjalistycznego określonego wyżej, za który ubiegam się refundacji, nie uczestniczyłem/am w kursie specjalistycznym, za który korzystałem/lam z refundacji kosztów.
 - 4) dotyczy wniosku o refundację kosztów kursu doksztalającego, w okresie 1 roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu doksztalającego określonego wyżej, za który ubiegam się refundacji, nie uczestniczyłem/am w kursie doksztalującym, za który korzystałem/lam z refundacji kosztów
3. Oświadczam, że nie byłem/am ukarana przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

Podpis wnioskodawcy:

Decyzja Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy OIPiP w Opolu:

Uzasadnienie:

Podpisy przedstawicieli Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego:

1.....2.....3.....4.....
5.....6.....7.....8.....
9.....10.....11.....