

- Oryginał zaświadczenia o ukończeniu specjalizacji wydany przez organizatora specjalizacji
- Kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego/specjalistycznego* (niewłaściwe skreślić)
- Oryginały imiennych rachunków, dowodów wpłat wystawione przez uprawniony podmiot
- Druk polecenia wyjazdu służbowego (delegacji)
- Kserokopia dowodu zapłaty za egzamin państwowy specjalizacji
- Załącznik nr 1 do wniosku
- Inne (jakie) _____

Część C – OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że jestem świadomy (a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że wysokość opłacanej składki członkowskiej wynagrodzenia zasadniczego w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku wynosiła co miesiąc (wypełniać w przypadku indywidualnego opłacania składek):

- _____ zł (słownie: _____ złotych),
w okresie od _____ do _____,

- _____ zł (słownie: _____ złotych),
w okresie od _____ do _____,

- _____ zł (słownie: _____ złotych),
w okresie od _____ do _____,

co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego (dotyczy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub umowy zlecenia).

3. 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:
 - a) dotyczy wniosku o refundację kosztów szkolenia specjalizacyjnego,
 - w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego określonego wyżej, za który ubiegam się o refundację, nie uczestniczyłem/am w szkoleniu specjalizacyjnym, za który korzystałem/łam z refundacji kosztów.
 - b) dotyczy wniosku o refundację kosztów kursu kwalifikacyjnego,
 - w okresie 2 lat poprzedzających rozpoczęcie kursu kwalifikacyjnego określonego wyżej, za który ubiegam się o refundację, nie uczestniczyłem/am w kursie kwalifikacyjnym, za który korzystałem/łam z refundacji kosztów.
 - c) dotyczy wniosku o refundację kosztów kursu specjalistycznego,
 - w okresie 1 roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu specjalistycznego określonego wyżej, za który ubiegam się o refundację, nie uczestniczyłem/am w kursie specjalistycznym, za który korzystałem/łam z refundacji kosztów.
 - d) dotyczy wniosku o refundację kosztów kursu doksztalającego,
 - w okresie 1 roku poprzedzającego rozpoczęcie kursu doksztalającego określonego wyżej, za który ubiegam się o refundację, nie uczestniczyłem/am w kursie doksztalującym, za który korzystałem/łam z refundacji kosztów
4. Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

Podpis wnioskodawcy:

Część D. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:

- zostałam/em poinformowana/y, że: Administratorem Danych będzie Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, (45-123) ul. Budowlanych 44A, że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celach przetwarzania danych osobowych oraz podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz kryteriach ustalania tego okresu, prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą, prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawie do przeniesienia danych, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do stosowania względem mnie Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, w tym rozliczenia przyznanej refundacji oraz w celach archiwalno-statystycznych przez Administratora Danych;
- przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania refundacji kosztów kształcenia podyplomowego

Podpis wnioskodawcy:

Część E – wypełnia pracownik Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu

Uwagi:

.....
.....

.....
data i podpis pracownika

Część G – wypełnia Komisja ds. refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego przy OIPiP w Opolu

DECYZJA O PRZYZNANIU ŚWIADCZENIA *:

1. Wnioskodawcy **PRZYZNANO** refundację w kwocie _____ zł
słownie _____ zł
2. Wnioskodawcy **NIE PRZYZNANO ŚWIADCZENIA / UZASADNIENIE/**

.....
* niewłaściwe skreślić

.....
(DATA)

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI

1.
2.
3.
4.

Część F – wypełnia Skarbnik ORPiP w Opolu

ZATWIERDZENIE ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY:

WYSOKOŚĆ PRZYZNANEGO ŚWIADCZENIA W KWOCIE zł

SŁOWNIE: zł

.....
(DATA ZATWIERDZENIA DO WYPŁATY)

.....
(PODPIS SKARBNIKA ORPiP W OPOLU)

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
(miejsowość i data)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich**

1. Zaświadcza się, że Pani/Pan

od dnia do jest zatrudniona/y

w
(nazwa pracodawcy)

na stanowisku

Forma zatrudnienia: Wymiar etatu:

2. OKRES OBEJMUJĄCY ZAKRES DANYCH DO ZAŚWIADCZENIA

od do : (okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

3. Wysokość opłacanej składki członkowskiej od wynagrodzenia zasadniczego w okresie, o którym mowa w pkt 2:

- zł (słownie: złotych),

co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od do

- zł (słownie: złotych),

co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od do

- zł (słownie: złotych),

co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od do

4. Oświadczenie pracodawcy o systematycznym potrącaniu i przekazaniu składek za okres, o którym mowa w pkt 1:

Zaświadcza się o systematycznym comiesięcznym opłaceniu składek w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu

za Pana/Panią..... za okres, o którym mowa w pkt 1.
(imię i nazwisko)

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia Komisji ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

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