



DATA WPŁYWU

NUMER WNIOSKU

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ
KOSZTÓW KSZTAŁCENIA/DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Część A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA - Dane osoby ubiegającej się o refundację

1. IMIĘ I NAZWISKO _____

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

2. ADRES ZAMIESZKANIA (kod pocztowy, miejscowość, ulica) _____

3. ADRES DO KORESPONDENCJI (kod pocztowy, miejscowość, ulica) * _____

* wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny, niż adres do korespondencji

4. TELEFON KONTAKTOWY * _____ EMAIL * _____

* podanie nr. telefonu oraz adresu e-mail jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na ich wykorzystanie w celu kontaktu z wnioskodawcą

5. NUMER KONTA BANKOWEGO

6. FORMA KSZTAŁCENIA/DOSKONALENIA ZAWODOWEGO, O KTÓRĄ UBIEGA SIĘ
WNIOSKODAWCA (właściwie zaznaczyć oraz wpisać nazwę)

Specjalizacja Kurs kwalifikacyjny Kurs specjalistyczny Studia magisterskie

(nazwa) _____

Inne (wpisać jakie, wraz z podaniem nazwy) _____

7. ORGANIZATOR WYMIENIONEGO SZKOLENIA (nazwa, adres) _____

8. CZAS TRWANIA SZKOLENIA (data, od/do) _____

9. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (właściwie zaznaczyć)

składka płacona przez pracodawcę – dodatkowo należy złożyć część A załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich*

indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia – dodatkowo należy złożyć część B załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie wnioskodawcy o zatrudnieniu i opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich*

indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej - dodatkowo należy złożyć załącznik część B załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie wnioskodawcy o systematycznym comiesięcznym opłacaniu składek członkowskich z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej*

Część B - DOKUMENTY SKŁADANE WRAZ Z WNIOSKIEM

- Oryginał zaświadczenia o ukończeniu specjalizacji wydanego przez organizatora specjalizacji,
- Kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego/specjalistycznego/innej formy kształcenia
- Oryginały imiennych rachunków, dowodów wpłat wystawione przez uprawniony podmiot,
- Druk polecenia wyjazdu służbowego (delegacji),
- Kserokopia dowodu zapłaty za egzamin państwowy specjalizacji,
- Wypełniona część A lub część B Załącznika Nr 1
- Inne (jakie) _____

Część C – OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

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 **nie posiadam zaległości z tytułu opłacania składek za okres 5 lat kalendarzowych poprzedzających rok, w którym składany jest niniejszy wniosek oraz:**
 - 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.
3. Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Część D. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:

1. 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;
2. 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;
3. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania refundacji kosztów kształcenia podyplomowego.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

Uwagi:

.....
(data i podpis pracownika)

Część F – wypełnia Komisja ds. refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego przy OIPIP w Opolu

DECYZJA: Wnioskodawcy **PRZYZNANO*** refundację w kwocie _____ zł słownie _____ zł
/NIE PRZYZNANO* refundacji z następującym uzasadnieniem (* niewłaściwe skreślić)

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI

.....
(data)

1.

2.

3.

4.

Część G – wypełnia Skarbnik ORPiP w Opolu

ZATWIERDZENIE ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY: Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie _____

zł słownie: _____ zł

.....
(data zatwierdzenia do wypłaty)

.....
(podpis Skarbnika OIPIP w Opolu)

**A. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich ***

(wypełnić w przypadku, gdy składka członkowska odprowadzana jest przez zakład pracy)

.....
(pieczęć pracodawcy).....
(miejsowość i data)Zaświadcza się, że Pani/Pan nr PWZ:
od dnia do jest zatrudniona/y w
(nazwa i adres pracodawcy)

na stanowisku Forma zatrudnienia: Wymiar etatu:

i regularnie opłaca składkę na rzecz samorządu od dnia do

(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

1. Informacja o składce:

- a) składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego i **informacja za okres objęty zaświadczeniem została przesłana do OIPIP w Opolu w formie wykazu z informacją o wysokości składki**
- b) składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego lecz informacja o wysokości indywidualnej składki za okres objęty zaświadczeniem **nie została przesłana.**

W przypadku nie spełnienia kryterium z punktu a) w zakresie przesyłania informacji o wysokości potrąconej składki należy wypełnić poniższe dane o wysokości potrąconej i przekazanej składki za okres objęty zaświadczeniem:

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

2. Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym zaświadczeniem:

- okres od _____ do _____ - powód:.....
- okres od _____ do _____ - powód:.....
- okres od _____ do _____ - powód:.....

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)

(miejsowość i data)

B. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
o zatrudnieniu i opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich *
 (wypełnić w przypadku, gdy składka odprowadzana jest samodzielnie przez wnioskodawcę)

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y
 (imię i nazwisko)

nr PWZ : od dnia do

a) jestem/byłam zatrudniona/y w
 (nazwa pracodawcy)

na stanowisku

Forma zatrudnienia: Wymiar etatu:

b) prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą:

nr NIP..... REGON.....

i regularnie opłacam składkę na rzecz samorządu od dnia do
 (okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

1. Informacja o opłacanej miesięcznej składce w okresie, o którym mowa w pkt 2:

- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾ :
 dotyczy okresu od _____ do _____
 - _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾: dotyczy okresu od _____ do _____
 - _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾: dotyczy okresu od _____ do _____
 - _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾: dotyczy okresu od _____ do _____
- _____ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego¹⁾ lub 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia²⁾:
 dotyczy okresu od _____ do _____

1) W przypadku umowy o pracę / umowy zlecenie
 2) W przypadku samozatrudnienia

2. Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym zaświadczeniem:

- okres od _____ do _____ - powód:.....,
- okres od _____ do _____ - powód:.....,
- okres od _____ do _____ - powód:.....,

Oświadczam, że jestem świadom/y odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, w szczególności możliwości pozbawienia prawa korzystania z refundacji przewidzianych Regulaminem refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)