

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, prawie 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 finansowania voucherów szkoleniowych absolwentom studiów będących członkami OIPiP w Opolu, w tym rozliczenia przyznanego vouchera 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 vouchera szkoleniowego.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

Uwagi:

.....
(data i podpis pracownika)

Część F – wypełnia Zespół przy OIPiP w Opolu ds. wniosków o przyznanie vouchera szkoleniowego

DECYZJA: Wnioskodawcy **PRYZNANO*** świadczenie w kwocie _____ zł słownie _____ zł

NIE PRYZNANO* świadczenia z następującym uzasadnieniem (* niewłaściwe skreślić)

PODPISY CZŁONKÓW ZESPOŁU

.....
(data)

1. 2. 3.

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

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 Zespołowi przy OIPIP w Opolu ds. wniosków o przyznanie vouchera szkoleniowego.

.....
(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

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 vouchera szkoleniowego przewidzianych Regulaminem finansowania voucherów szkoleniowych absolwentom studiów będących członkami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)