



## 10. UZASADNIENIE WNIOSKU

---

---

---

---

---

---

---

---

## 11. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. 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)

## 12. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:

- a) Zostałam/em poinformowana/y, że: Administratorem Danych będzie Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, (45-123) ul. Budowlanych 44A, że w sprawie ochrony swoich danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: [inspektor@oipip.opole.pl](mailto:inspektor@oipip.opole.pl), że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celu przetwarzania danych osobowych – którym jest realizacja prawidłowego wykonania zadań wynikających z Regulamin udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024, oraz o podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie 7 letnim, przez który dane osobowe będą przechowywane począwszy od dnia wypłaty świadczeń, objętych niniejszym regulaminem lub odmowy ich przyznania (po upływie tego okresu są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie), o 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;
- b) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do stosowania względem mnie Regulaminu udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024, w tym rozliczenia przyznanego świadczenia oraz w celach archiwalno-statystycznych przez Administratora Danych;
- c) Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania świadczenia.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Część B – WYPEŁNIA PRACOWNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU**

Uwagi:

.....  
(data i podpis pracownika)

**Część C – WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA PRZY OIPIP W OPOLU**

**DECYZJA: Wnioskodawcy PRZYZNANO\* dofinansowanie do zakupu szczepionek**

w kwocie \_\_\_\_\_ zł

słownie \_\_\_\_\_ zł

**NIE PRZYZNANO\* dofinansowania z następującym uzasadnieniem (\* niewłaściwe skreślić)**

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI:

.....  
(data)

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |

**Część D – WYPEŁNIA SKARBNIK OIPIP W OPOLU**

**ZATWIERDZENIE ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY:**

Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie \_\_\_\_\_ zł

słownie: \_\_\_\_\_ zł

.....  
(data zatwierdzenia do wypłaty)

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

**A. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**  
**o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę (stosunku służbowego) i opłacaniu**  
**składek członkowskich**  
(wypełnić w przypadku, gdy składka członkowska odprowadzana jest przez zakład pracy lub samodzielnie przez wnioskodawcę)

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

nr PWZ : ..... od dnia ..... do .....

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

..... na  
stanowisku ..... Forma  
zatrudnienia: ..... Wymiar etatu: .....

i regularnie opłacam 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 niespełnienia 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:

Uiszczane składki członkowskie w wysokości:

- \_\_\_\_\_ 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 oświadczeniem:**

- 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 pozbawienia prawa korzystania z Regulaminu udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024 oraz możliwości pozbawienia prawa korzystania z zapomogi przewidzianej Regulaminem udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....  
(data podpis Wnioskodawcy)

**B. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
o opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich  
– z tytułu wykonywania zawodu poza stosunkiem pracy**

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

nr PWZ : .....

a)  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)

b)  nie prowadzę działalności gospodarczej wykonując zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia  
**i regularnie opłacam składkę** na rzecz samorządu od dnia ..... do ..... w wysokości:

- \_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

**1. Informacja o opłacanej miesięcznej składce w okresie dwóch lat przed złożeniem wniosku (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą)**

- \_\_\_\_\_ zł co stanowi 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia dotyczy okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ zł co stanowi 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia dotyczy okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ zł co stanowi 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia dotyczy okresu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**2. Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym oświadczeniem:**

- 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 pozbawienia prawa korzystania z Regulaminu udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024 oraz możliwości pozbawienia prawa korzystania z zapomogi przewidzianej Regulaminem udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)