



Numer PWZ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer Rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer wniosku

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

CZĘŚĆ A - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

DANE OSOBOWE

IMIĘ		DRUGIE IMIĘ																	
NAZWISKO		PESEL																	
NR TELEFONU		E-MAIL																	
NUMER KONTA BANKOWEGO																			

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

ADRES KORESPONDENCYJNY

WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE JEŻELI JEST INNY OD POWYŻSZEGO ADRESU ZAMIESZKANIA

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

PEŁNA NAZWA PRACODAWCY: _____

NUMER NIP PRACODAWCY: _____ DATA ROZPOCZĘCIA ZATRUDNIENIA (rrrr/mm/dd): _____

WNIOSKUJĘ O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO ZA:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE | <input type="checkbox"/> (WYŁĄCZNIE) EGZAMIN PAŃSTWOWY ORAZ RYCZAŁT ZA DOJAZD | <input type="checkbox"/> KURS KWALIFIKACYJNY | <input type="checkbox"/> KURS SPECJALISTYCZNY |
| <input type="checkbox"/> KURS DOKSZTAŁCAJĄCY | <input type="checkbox"/> KONFERENCJĘ, SEMINARIUM, SYMPOZJUM NAUKOWE, KONGRES, ZJAZD NAUKOWY, SZKOLENIE, WARSZTAT | <input type="checkbox"/> STUDIA KIERUNKOWE MAGISTERSKIE | <input type="checkbox"/> STUDIA KIERUNKOWE PODYPLOMOWE |

Z DZIEDZINY PIELĘGNIARSTWA/POŁOŻNICTWA LUB O NAZWIE: _____

CZAS TRWANIA KSZTAŁCENIA: _____ NAZWA ORGANIZATORA: _____

WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU W PRZYPADKU REFUNDACJI KOSZTÓW ZA:

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE (W TYM EGZAMIN PAŃSTWOWY ORAZ RYCZAŁT ZA DOJAZD) <input type="checkbox"/> KSEROKOPIA DYPLOMU UZYSKANIA TYTUŁU SPECJALISTY <u>LUB</u> ZAŚWIADCZENIE WYGENEROWANE Z SMK O POZYTYWNYM WYNIKU EGZAMINU PAŃSTWOWEGO <input type="checkbox"/> POTWIERDZENIE PRZELEWU ZA EGZAMIN PAŃSTWOWY <input type="checkbox"/> IMIENNE FAKTURY LUB IMIENNE RACHUNKI (TJ. BEZ NIP-U) WYSTAWIONE PRZEZ ORGANIZATORA SZKOLENIA	(WYŁĄCZNIE) EGZAMIN PAŃSTWOWY ORAZ RYCZAŁT ZA DOJAZD <input type="checkbox"/> KSEROKOPIA DYPLOMU UZYSKANIA TYTUŁU SPECJALISTY <u>LUB</u> ZAŚWIADCZENIE WYGENEROWANE Z SMK O POZYTYWNYM WYNIKU EGZAMINU PAŃSTWOWEGO <input type="checkbox"/> POTWIERDZENIE PRZELEWU ZA EGZAMIN PAŃSTWOWY	KURS KWALIFIKACYJNY; SPECJALISTYCZNY; DOKSZTAŁCAJĄCY LUB KONFERENCJĘ... <input type="checkbox"/> IMIENNE FAKTURY <u>LUB</u> IMIENNE RACHUNKI (TJ. BEZ NIP-U) WYSTAWIONE PRZEZ ORGANIZATORA SZKOLENIA <input type="checkbox"/> KSEROKOPIA ZAŚWIADCZENIA <u>LUB</u> CERTYFIKATU	STUDIA MAGISTERSKIE; STUDIA PODYPLOMOWE <input type="checkbox"/> IMIENNE FAKTURY <u>LUB</u> IMIENNE RACHUNKI (TJ. BEZ NIP-U) WYSTAWIONE PRZEZ UCZELNIĘ <input type="checkbox"/> KSEROKOPIA DYPLOMU UKOŃCZENIA STUDIÓW <u>LUB</u> ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU STUDIÓW (TJ. Z INFORMACJĄ O TRYBIE UKOŃCZENIA)
--	--	--	---

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 i doskonalenia zawodowego.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Świadoma/y 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, odprowadzam składki regularnie przez okres 2 lat kalendarzowych poprzedzających rok, w którym składany jest niniejszy wniosek oraz:**
 - a) dotyczy wniosków o refundację kosztów za szkolenia specjalizacyjne - w okresie 5 lat poprzedzających ukończenie szkolenia specjalizacyjnego określonego wyżej, za który ubiegam się o refundację, nie ukończyłam/em szkolenia specjalizacyjnego za które otrzymałam/em refundację kosztów;
 - b) dotyczy wniosków o refundację kosztów za kursy kwalifikacyjne - w okresie 2 lat poprzedzających ukończenie kursu kwalifikacyjnego, za który ubiegam się o refundację, nie ukończyłam/em kursu kwalifikacyjnego za który otrzymałam/em refundację kosztów;
 - c) dotyczy wniosków o refundację kosztów za kursy specjalistyczne, kursy dokształcające, - w okresie 1 roku poprzedzającego ukończenie danego szkolenia określonego wyżej, za które ubiegam się o refundację, nie ukończyłam/em tej samej formy szkolenia za które otrzymałam/em refundację kosztów;
 - d) dotyczy wniosków o refundację kosztów za udziału w konferencjach, seminariach, sympozjach naukowych, kongresach, zjazdach naukowych, szkoleniach oraz warsztatach – w okresie jednego roku kalendarzowego nie przekroczyłam/em limitu refundacji ww. form kształcenia, o którą się ubiegam;
 - e) dotyczy wniosków o refundację kosztów za studia kierunkowe magisterskie oraz studia podyplomowe związane z zakresem zadań zawodowych - nie ubiegałam/em się dotychczas o refundację kosztów za studia magisterskie oraz studia podyplomowe związane z zakresem zadań zawodowych oraz nie otrzymałam/em w przeszłości refundacji za ww. studia.
3. Oświadczam, że nie byłam/em ukarana/y przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub Sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O AKTUALIZACJI DANYCH

1. Wyrażam zgodę na aktualizację danych, zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.) na podstawie niniejszego wniosku o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.
2. Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że na podstawie art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.) jest zobowiązana/ny do aktualizacji m.in. **danych danych o wykształceniu**, tj.: kserokopie zaświadczeń ukończonych kursów, kserokopie dyplomów ukończonych studiów, w tym także aktualizacji **danych osobowych, danych o zatrudnieniu, danych teleadresowych** za pomocą arkuszy aktualizacyjnych, dostępnych do pobrania na stronie internetowej: www.oipip.opole.pl.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O KOMPLETNOŚCI WNIOSKU

Oświadczam, że niniejszy wniosek spełnia wymagania zawarte w regulaminie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu. Wniosek zawiera wymagane do uzyskania refundacji dokumenty wymienione na str. 1 niniejszego wniosku.

(Data i podpis wnioskodawcy)

SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)

- składka płacona przez pracodawcę
- składka płacona indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia
- składka płacona indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej

(Data i podpis wnioskodawcy)

WYMOGI REGULAMINU REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

1. Wnioskodawca jest członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu: tak nie
2. Wnioskodawca przekroczył 90 dniowy termin na złożenie wniosku: tak, o _____ dni nie
3. Data oraz kwota wypłaty ostatniej refundacji tej samej formy kształcenia: _____
4. Wnioskodawca ubiega się o refundację kosztów za*:
 egzamin państwowy i ryczałt (wyłącznie) szkolenie specjalizacyjne oraz egzamin państwowy i ryczałt
**dotyczy wyłącznie specjalizacji*
5. Kwota i data refundacji wypłaconych w bieżącym roku: _____
6. Kwota wnioskowanej refundacji przekracza limit w bieżącym roku:
 tak, przekracza o _____ zł nie przekracza
7. Wstępna wysokość przyznanej refundacji w limicie zgodnym z Regulaminem: _____

ODPROWADZANIE SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

(Data i podpis pracownika)

UWAGI DO WNIOSKU

(Data i podpis pracownika)

DECYZJA KOMISJI REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

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

**niepotrzebne skreślić*

Podpisy Członków Komisji

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

WYPŁATA ŚWIADCZENIA - WYPEŁNIA SKARBNIK ORPiP W OPOLU

ZATWIERDZENIE* ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY: Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie _____ zł (słownie: _____ złotych)

(Data zatwierdzenia do wypłaty)

NIE ZATWIERDZENIE* ŚWIADCZENIA Z NASTĘPUJĄCYM UZASADNIENIEM:

(Podpis Skarbnika)

**niepotrzebne skreślić*

Dodatkowe uwagi Skarbnika ORPiP w Opolu:

(Data i podpis Skarbnika)

(Data i podpis Skarbnika)