



Wysokość przyznanego dofinansowania: przez WOIPiP.....zł, przez pracodawcę

Wniosek o dofinansowanie, ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych kosztów kształcenia podyplomowego

1. Dane personalne wnioskodawcy:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
NR PWZ

Imię i nazwisko Data urodzenia ____|____|____|____| - ____|____| - ____|____|
rok m-c d

tel. komórkowy.....

2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. ____|____| - ____|____|____|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. służbowy

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od ____|____|____|____| - ____|____| - ____|____|
rok m-c d

3. Korzystała(e)m z dofinansowania WOIPiP do:

.....
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c d

.....
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c d

4. Dane dotyczące kształcenia, o które ubiega się wnioskodawca

Rodzaj kształcenia: specjalizacja kurs kwalifikacyjny

kurs specjalistyczny kurs doształcający

.....
(Nazwa kształcenia)

Nazwa organizatora

Adres organizatora: kod poczt. -
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)
ul.

Czas trwania kształcenia: od do
rok m-c d rok m-c d

Koszt kształcenia zł

5. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej Proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc rok/

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

6. Okresy nieskładkowe

Okresy nieskładkowe	okres	
	od	do
Urlopy wychowawcze		
Bezrobocie		
Zasiłek rehabilitacyjny		
Wykreślenie z rejestru WOIPiP		

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

7. Potwierdzam, że wykonywane obowiązki są zgodne z kierunkiem kształcenia

Wysokość kwoty dofinansowania przez zakład..... zł

.....
(pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za pracę pionu
pielęgniarskiego/położniczego w zakładzie)

8. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia ma regularnie potrącać
rok - m-c d
i odprowadzane składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

.....
rok - m-c d

.....
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

9. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

.....
.....

.....
(Czytelny Podpis Pełnomocnika właściwego rejonu wyborczego)

10. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego członków WOIPiP
- 2 W razie przerwania nauki lub zaprzestania opłacania składek członkowskich bez uzasadnionych przyczyn, zobowiązuję się do zwrotu przyznanego mi przez Okręgową Radę WOIPiP dofinansowania.
- 3 Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
- 4 Do wniosku dołączam:
 - zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzednich miejsc pracy
 - dokumenty o okresach nie składkowych

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie przekazanym mi w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z informacjami zawartymi w/w oświadczeniu.

.....
rok - m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)