

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

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

**1. Dane personalne wnioskodawcy:**

\_\_|\_\_|\_\_|  
(Nr Rejonu)

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
rok m-c d

Adres zamieszkania: kod poczt. \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
.....  
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. .... tel. komórkowy.....  
(Nr domu) Nr lokalu)

**Ważne! należy podać tylko NIP lub tylko PESEL!!!**

*NIP w przypadku wykonywania działalności gospodarczej PESEL w przypadku zatrudnienia tylko na podstawie umowy o pracę*

NIP : \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| PESEL : \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy: .....

Ulica ..... Kod poczt. \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
(Miejscowość)

**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 doszkalcający

.....  
.....  
(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 potrącane  
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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Izby zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Nowy Świat 63, 00-042 Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

□□□□ - □□ - □□

rok

m-c

d

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy