



Wysokość przyznanego dofinansowania przez WOIPiP

**Wniosek o dofinansowanie, ze środków
Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
kosztów studiów zawodowych**

prowadzonych w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004r. (Dz. U. 04.110.1170)

1. Dane personalne wnioskodawcy:

(Nr Rejonu)

Imię i nazwisko Data urodzenia |__|__|__|__| - |__|__| - |__|__|
rook 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 |__|__|__|__| - |__|__| - |__|__|
rook m-c d

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

..... |__|__|__|__| - |__|__| - |__|__|
(rodzaj i nazwa kształcenia) rook m-c d

..... |__|__|__|__| - |__|__| - |__|__|

6. Okresy nieskładkowe

Okresy nieskładkowe	okres	
	od	do
Urlopy wychowawcze		
Udokumentowane bezrobocie		
Świadczenie rehabilitacyjne		

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

7. 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

Wysokość kwoty dofinansowania do studiów przez zakład

rok m-c d

.....
(Pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej)

8. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

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

9. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, iż:

- 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 nieskładkowych
 - kserokopię dowodu wpłaty za semestr o którego dofinansowanie ubiega się wnioskodawca.

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 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)