



Wysokość przyznanego dofinansowania przez WOIPiP .....

**Wniosek o dofinansowanie, ze środków  
Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
kosztów studiów zawodowych I<sup>o</sup> i II<sup>o</sup>**

**1. Dane personalne wnioskodawcy:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
NR PWZ

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

tel. komórkowy..... adres e-mail.....

**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

.....  
\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|

**4. Kierunek studiów zawodowych (właściwe zaznaczyć)**

Pielęgniarstwo I<sup>o</sup>  Położnictwo I<sup>o</sup>

Pielęgniarstwo II<sup>o</sup>  Położnictwo II<sup>o</sup>

Nazwa organizatora

.....

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

ul. ....  
\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

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

Liczba semestrów  Koszt kształcenia – 1 semestr ..... zł

### WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Data zaliczenia semestru  -  -   
rok m-c d

Zaświadczam, iż wnioskodawczyni(ca) ukończył(a) z wynikiem pozytywnym semestr

i jest słuchaczem semestru

-  -   
rok m-c d

.....

(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

### 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		
Udokumentowane bezrobocie		
Świadczenie rehabilitacyjne		

# WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

## 7. 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

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.

*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)