



**Wniosek o bezzwrotną zapomogę
ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych**

1. Dane personalne wnioskodawcy:

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

Imię i nazwisko Data urodzenia
tel. kom..... 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 - -
rok m-c dzień

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

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

4. Okresy nieskładkowe

Okresy nieskładkowe	okres	
	od	do
Urlopy wychowawcze		
Udokumentowane bezrobocie		
Praca poza zawodem		
Inne uzasadnione przyczyny		

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

5. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia - - ma regularnie potrącane

rok m-c dzień

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|
rok m-c d

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

6. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

.....

.....

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

7. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, iż:

- Znana mi jest treść regulaminu komisji socjalnej WOIPiP
- Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

Do wniosku dołączam:

- Podanie o przyznanie zapomogi,
- W przypadku choroby:
 1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
 2. rachunki za poniesione dodatkowe koszty leczenia,
- W przypadku śmierci współmałżonka lub dziecka członka samorządu - akt zgonu oraz akt stanu cywilnego dokumentujący małżeństwo bądź pokrewieństwo członka samorządu względem osoby zmarłej oraz dokument potwierdzający trwale kalectwo (niepełnosprawność fizyczną lub umysłową) w przypadku, o którym mowa w §11 pkt 4
- W przypadku śmierci członka samorządu - akt zgonu oraz akt stanu cywilnego dokumentujący małżeństwo bądź pokrewieństwo osoby zainteresowanej, o której mowa w §9 względem członka samorządu,
- W przypadku kradzieży – zaświadczenie o zakończeniu postępowania wyjaśniającego,
- W przypadku innych zdarzeń losowych – zaświadczenia od stosownych instytucji.
- Członek samorządu zwolniony od opłacania składek członkowskich na podstawie uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych – dokument potwierdzający uprawnienie do zwolnienia

☐ 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 dzień

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy