



**Wniosek o dofinansowanie**  
**ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych**  
**kosztów udziału w konferencji, szkoleniu, sympozjum, zjeździe, itp.**

---

**1. Dane personalne wnioskodawcy:**

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

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

---

**3. Funkcja pełniona w organach Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych**

Funkcja pełniona w organach .....

Członkostwo w komisji problemowej, sekcji .....

---

**4. Ubiegam się o dofinansowanie udziału w:**

bierny

czynny

Konferencji

Szkoleniu

Sympozjum

Zjeździe

**Temat:** .....

**Organizator:**

**Nazwa:** .....

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

ul. .... tel. służbowy .....

## 5. Miejsce konferencji:

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

ul. .... tel. służbowy .....

Termin od |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| do |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|  
rok m-c d rok m-c d

**Koszty uczestnictwa: 1 dof. 100% 2 dof. 70% 3 dof. 50% (właściwe podkreślić)**

- |    |                               |       |    |
|----|-------------------------------|-------|----|
| 1. | Oplata rejestracyjna          | ..... | zł |
|    | Warsztaty                     | ..... |    |
|    | Zakwaterowanie                | ..... | zł |
|    | Wyżywienie                    | ..... | zł |
|    | Inne                          | ..... | zł |
| 2. | Koszt przejazdu w obie strony | ..... | zł |

**RAZEM**

..... zł

## 6. Przebieg pracy zawodowej wnioskodawcy

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

## 8. Okresy nieskładkowe

Okresy nieskładkowe	okres	
	od	do
Urlopy wychowawcze		
Udokumentowane bezrobocie		
Zasiłek rehabilitacyjny		

## WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

### 9. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu przez wnioskodawcę składek

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_| regularnie opłaca składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

Wysokość kwoty dofinansowania udziału przez zakład ..... zł

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

.....  
(Pieczęć i podpis osoby odpowiedzialne)

### 10. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego lub Przewodniczącej Organu / Komisji / Sekcji

.....  
(Podpis Przewodniczącej organu, komisji, sekcji,  
której członkiem jest wnioskodawca)

.....  
(Podpis pełnomocnika właściwego rejonu wyborczego)

### 11. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, iż:

1. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
2. Do wniosku dołączam:
  - ☞ zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych **z poprzednich miejsc pracy z ostatnich 5 lat**
  - ☞ dokumenty o okresach **nieskładkowych**;
  - ☞ potwierdzenie otrzymanej od organizatora rejestracji wraz z danymi niezbędnymi do dokonania płatności (adres i numer konta organizatora konferencji oraz kwota do przelewu);
  - ☞ ramowy program konferencji.
3. Odbiór skierowania przed wyjazdem na konferencję.

*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)