



**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 \_\_\_\_\_

tel. komórkowy..... adres e-mail.....

**2. Miejsce pracy**

Nazwa zakładu: .....

Adres zakładu: kod poczt. \_\_\_\_\_ ul. ....  
(Miejscowość)

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

.....  
rok 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. .... ul. ....  
(Miejscowość)

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 (za okres ostatnich 5 lat)

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

### 6. Okresy nieskładkowe

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarzki, położne:	okres	
	od	do
które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.		
bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy ,pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy		
wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,		
przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,		
pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.		
będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,		
pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.		
niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne		

## WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

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

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia 1\_\_1\_\_1\_\_1\_\_1 - 1\_\_1\_\_1 - 1\_\_1\_\_1 regularnie opłaca składki

rok m-c d

członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

.....  
rok m-c d

.....  
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

.....  
Pieczęć zakładu pracy

### 8. Opinia Pełnomocnika\* Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

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

#### DO WNIOSKU DOŁĄCZAM

- kserokopię dowodu wpłaty za semestr, o którego dofinansowanie ubiega się wnioskodawca
- zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzednich miejsc pracy za okres 5 lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie kosztów studiów wyższych lub za okres od powstania tego obowiązku (data wpisu do rejestru członków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych) do daty ubiegania się o refundację jeżeli jest to czas krótszy niż 5 lat
- dokumenty o okresach nieskładkowych

#### Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, iż:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania kosztów studiów 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).

**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)

\*pełnomocnik - pielęgniarka, położna z danego zakładu pracy, wybrana do kontaktów z samorządem