

5. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/
(za okres ostatnich 5 lat)

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

6. Okresy nieskładkowe - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, 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		
wykonyjące 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 Pani/Pan

od dnia ma regularnie potrącać
rok *m-c* *d*

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz WOIPiP **w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia***

.....
 Pieczęć zakładu

.....
 Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

.....
 Data poświadczenia

* Uchwała Nr 18 i 22, VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016r. ws. wysokości składek członkowskich oraz zasad jej podziału.

DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

- **Zaświadczenie o opłacaniu składek na rzecz samorządu za ostatni 5-letni okres lub od momentu powstania tego obowiązku (data wpisania do rejestru WOIPiP) z uwzględnieniem 12 miesięcznego okresu karencji dla nowych członków WOIPiP**
- **dokumenty o okresach nieskładkowych.**
- **zaświadczenie o ukończeniu kształcenia**
- **faktura opłacenia kursu**
- **druk przelewu przyznanych środków na konto**
- **zaświadczenie z Ośrodka Kształcenia WOIPiP o braku możliwości odbycia kształcenia w tym Ośrodku WOIPiP, (w przypadku gdy kurs w okresie ostatnich 2 m-cy nie jest organizowany przez Ośrodek WOIPiP)**

Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, że:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu refundacji 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.

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 przekazany 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)

WNIOSKI NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE