Wniosek o refundację, ze środków
Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
kosztów studiów zawodowych I⁰ i II⁰

---

1. **Dane personalne wnioskodawcy:** ……..
(nr PWZ)

Imię i nazwisko ……..

Data urodzenia …….. - …….. - ……
rok *m-c* *d*

tel. komórkowy …….. 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/refundacji WOIPiP do : *(w okresie ostatnich dwóch lat)*

…… ……-……..-……
(rodzaj i nazwa kształcenia) *rok* *m-c* *d*

…… ……-…….. .-……

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

Pielęgniarstwo I⁰ ☐ Położnictwo I⁰ ☐ Pielęgniarstwo II⁰ ☐ Położnictwo II⁰ ☐

Nazwa uczelni……

Adres uczelni: kod poczt. ….. -……. …… ul. ……
(Miejscowość)

Czas trwania kształcenia: od …….. - …… - …… **do** …… - …..…… - ……..…
rok *m-c* *dz* *rok* *m-c* *d*

WYPEŁNIA UCZELNIA

Data zakończenia studiów : ☐☐☐☐ – ☐☐ – ☐☐
rok *m-c* *d*

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

oraz uiścił(a) opłatę za studia w wysokości : ……

…… ……
Pieczęć uczelni Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

…… - …… - ……
Data poświadczenia

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		
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 Pani/Pan ……..

od dnia ..... - ……. - …… ma regularnie potrącane
rok *m-c* *d*

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz WOIPiP **<u>w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia</u>***

…… .....
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**
- **zaświadczenie o dacie ukończenia studiów poświadczone przez uczelnię wraz z poświadczoną opłatą za studia (informacja na wniosku pkt 4) lub**
- **zaświadczenie o wysokości kosztów studiów i opłaceniu ich w całości przez wnioskodawcę poświadczone odrębnym zaświadczeniem albo fakturę (rachunek) wraz z dowodem (dowodami) wpłaty i dyplom ukończenia studiów**
- **dokumenty o okresach nieskładkowych**

Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, iż:

1. Znana mi jest treść regulaminu refundacji kosztów kształcenia podyplomowego oraz studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo I^0 i II^0 ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
2. Oświadczam, że koszty studiów, o których refundację niniejszym wnoszę opłaciłem w całości osobiście, zaś koszty te obciążały wyłącznie mnie jako osobę fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej i nie stanowiły kosztów uzyskania przychodu.
3. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za doprowadzenie Izby do niekorzystnego rozporządzenia własnym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania w celu uzyskania korzyści majątkowej (art. 286 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)**

WNIOSKI NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE