



Wysokość przyznanego dofinansowania: przez WOIPiP.....zł, przez pracodawcę .....zł

**Wniosek o refundację,  
ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
kosztów kształcenia podyplomowego**  
**Dotyczy Kształcenia realizowanego poprzez System Monitorowania Kształcenia**

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*

**2. Korzystała(e)m z dofinansowania/refundacji WOIPiP do :** *(w okresie ostatnich dwóch lat)*

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

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

**3. Dane dotyczące kształcenia, o które ubiega się wnioskodawca**

Rodzaj kształcenia:      specjalizacja            kurs kwalifikacyjny        
                                 kurs specjalistyczny            kurs doksztalający     

**Nazwa kształcenia :** .....  
.....

**Nazwa organizatora :** .....

**Adres organizatora:** kod poczt. .... ul. ....  
( *Miejscowość* )

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

**Koszt kształcenia** ..... zł

---

**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. Zaprzestanie wykonywania zawodu złożone w CRPiP\*od dnia 1 kwietnia 2025-** proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/

od ..... do .....

#### 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*

1. i odprowadzane składki członkowskie na rzecz WOIPiP w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym (zaokrąglona do pełnego złotego).

.....  
Pieczęć zakładu

.....  
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

.....  
Data poświadczenia

#### 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)

**\*Za zaprzestanie wykonywania zawodu, rozumie się złożenie w dziale PWZ WOIPiP wniosku, który zostanie odnotowany w CRPiP**

### **WNIOSKI NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE**

**Okresy nieskładkowe do dnia 31 marca 2025r.**

<b>Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:</b>	<b>okres</b>	
	<b>od</b>	<b>do</b>
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		