



**Wniosek o refundację, 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 ..... - ..... - .....

*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 I<sup>o</sup>  Położnictwo I<sup>o</sup>

Pielęgniarstwo II<sup>o</sup>  Położnictwo II<sup>o</sup>

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) uzyskał tytuł licencjat/magistra

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

.....  
Pieczeń uczelni

.....  
Pieczeń 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. **Zaprzestanie wykonywania zawodu złożone w CRPiP\*od dnia 1 kwietnia 2025-** proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

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

#### 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

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
- 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

## Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, iż:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu refundacji kosztów kształcenia podyplomowego oraz studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo I<sup>o</sup> i II<sup>o</sup> 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 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

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

#### 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  |              |           |
| 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   |              |           |