



**Wniosek o refundację, ze środków
Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
kosztów studiów zawodowych I^o i II^o**

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^o ☐ Położnictwo I^o ☐ Pielęgniarstwo II^o ☐ Położnictwo II^o ☐

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 potrącane
rok m-c d

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz WOIPiP

.....
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^o i II^o 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

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

Okresy nieskładkowe do dnia 31 marca 2025r.

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarzki, położne:	okres	
	od	do
które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek o zaprzestanie 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		