



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

## Wniosek o dofinansowanie, ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych kosztów kształcenia podyplomowego

### 1. Dane personalne wnioskodawcy:

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
NR PWZ

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|  
rok m-c d

tel. komórkowy.....

### 2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu: .....

Adres zakładu: kod poczt. \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| .....  
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. .... tel. służbowy .....

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej .....

Stanowisko pracy ..... zatrudniona(y) od \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|  
rok m-c d

### 3. Korzystała(e)m z dofinansowania WOIPiP do:

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

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

### 4. Dane dotyczące kształcenia, o które ubiega się wnioskodawca

Rodzaj kształcenia: specjalizacja kurs kwalifikacyjny

kurs specjalistyczny kurs doszkalający

.....  
(Nazwa kształcenia)

Nazwa organizatora .....

Adres organizatora: kod poczt. - .....  
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)  
ul. ....

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/**

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

**6. Okresy nieskładkowe**

Okresy nieskładkowe	okres	
	od	do
Urlopy wychowawcze		
Bezrobocie		
Zasiłek rehabilitacyjny		
Wykreślenie z rejestru WOIPiP		

**WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY**

**7. Potwierdzam, że wykonywane obowiązki są zgodne z kierunkiem kształcenia**

Wysokość kwoty dofinansowania przez zakład..... zł

.....  
(pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za pracę pionu  
pielęgniarskiego/położniczego w zakładzie)

## 8. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia ..... - ..... - ..... ma regularnie potrącać i odprowadzane składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

rok ..... - ..... - .....  
rok m-c d

.....  
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

---

## 9. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

.....  
.....

.....  
(Czytelny Podpis Pełnomocnika właściwego rejonu wyborczego)

## 10. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania 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.
- 3 Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
- 4 **Do wniosku dołączam:**
  - zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z ostatnich 5 lat.
  - dokumenty o okresach nieskładkowych.

*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 ..... - ..... - .....  
rok m-c d

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy)