

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW DOPIP WE WROCŁAWIU

WNIOSEK NIECZYTELNIE, NIEPOPRAWNIE WYPEŁNIONY, PRZESŁANY FAXEM, SKANEM ORAZ ZŁOŻONY PO TERMINIE NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY

1

☐ Akceptuję Regulamin Kwalifikowania i Finansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego organizowanego przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Administratorem danych osobowych zawartych we Wniosku o refundację kosztów doskonalenia zawodowego członków DOIPiP we Wrocławiu jest Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, z siedzibą przy ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław.

Podane we Wniosku dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu przyznania refundacji kosztów doskonalenia zawodowego oraz w celu aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych.

W DOIPiP został powołany Inspektor Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pomocą adresu e-mail: iod@doipip.wroc.pl oraz w biurze DOIPiP.

Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie art. 5 ust. 1 lit. d oraz art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie art. 4 ust. 2 pkt 15 oraz art. 11 ust. 2 pkt 5 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm).

Proszę o refundację kosztów doskonalenia zawodowego za:

.....
/dokładna nazwa kursu specjalistycznego, kwalifikacyjnego, sympozjum, konferencji, seminarium naukowego, zjazdu naukowego, warsztatu szkoleniowego, kongresu, szkolenia, szkolenia specjalizacyjnego, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, studia doktoranckie,/
.....

.....które odbyło się w terminie

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY:

Wysokość dofinansowania przez zakład pracy:

Zakład dofinansowałw wysokości.....
słownie:.....

/pieczętka zakładu pracy/

/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

Do wniosku o refundację należy dołączyć:

1. Kserokopię zaświadczenia o uczestnictwie w danej formie doskonalenia zawodowego,
2. Kserokopię prawa wykonywania zawodu (pierwsza strona ze zdjęciem)
3. Kserokopię imiennego rachunku potwierdzającego poniesione przez członka samorządu koszty,
4. Dokument potwierdzający regularne opłacanie składki członkowskiej na rzecz samorządu przez członka samorządu –załącznik nr 1 do wniosku,
5. Informację podatkową- załącznik nr 2 do wniosku
6. Podanie o dokonanie przelewu na konto- załącznik nr 3 do wniosku,
7. Wniosek o aktualizację danych- załącznik nr 4 do wniosku,

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znam zasady finansowania udziału członków samorządu w doskonaleniu zawodowym i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.

/miejscowość, data /

/czytelny podpis wnioskodawcy/

OŚWIADCZENIE

(Imię i nazwisko) oświadczam iż w roku kalendarzowym nie korzystałam z refundacji kosztów doskonalenia zawodowego.

Kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne, sympozjum, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe, kongresy, szkolenia, szkolenia specjalizacyjne, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, studia doktoranckie, które ukończyłam nie było dofinansowane z innych źródeł tj. z budżetu Państwa, z Funduszu Unijnego, innego centralnego lub samorządowego organu .

/czytelny podpis wnioskodawcy /

WYPEŁNIA ZESPÓŁ DS. REFUNDACJI:

I. Decyzja Zespołu o przyznaniu refundacji z określeniem wysokości

Na posiedzeniu zespołu w dniu przyznano refundację w wysokości
/słownie/

Podpisy członków Zespołu ds. Refundacji:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

II. Decyzja Zespołu o nier refundowaniu kosztu kształcenia;

Na posiedzeniu Zespołu w dniu nie przyznano refundację z powodu:

.....
.....
.....

Podpisy członków Zespołu ds. Refundacji:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ZAŚWIADCZENIE

Pani/Pan _____

opłaca regularnie składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych we Wrocławiu od: _____ do: _____

/pieczętka zakładu pracy członka DOIPiP

/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

/miejscowość, data/

INFORMACJA PODATKOWA

Nazwisko.....

Imiona: 1.....2.....

Imię ojca:.....Imię matki:.....

Miejsce urodzenia:data urodzenia:

(dzień, miesiąc, rok)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL)

Miejsce zamieszkania:

Województwo.....Gmina/Dzielnica.....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy __ - ____

Poczta.....

Powiat.....

Adres Urzędu Skarbowego.....

Uwaga! O wszystkich zmianach powiadomię DOIPiP we Wrocławiu.

Data.....Podpis.....

PODANIE O DOKONANIE PRZELEWU PIENIĘDZY NA KONTO

.....
NAZWISKO, IMIĘ.....
MIEJSCOWOŚĆ , DATA.....
ADRES PODANY DO RACHUNKU BANKOWEGO.....
C.D. ADRESU.....
TELEFON KONTAKTOWY

Zwracam się z prośbą o przekazanie przyznanej kwoty refundacji kosztów doskonalenia zawodowego,
na konto:

.....
NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU.....
CZYTELNY PODPIS

Imię i nazwisko.....

miejscowość, data:

Pesel.....

Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

WNIOSEK O AKTUALIZACJĘ DANYCH**Załączniki do aktualizacji danych.**

W przypadku zmiany:

- **danych adresowych** – wypełniony wniosek,
- **nazwiska** - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz dokument potwierdzający zmianę danych osobowych (akt małżeństwa lub dowód osobisty),
- uzyskania **tytułu specjalisty** - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz kserokopia dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji - oryginał do wglądu,
- ukończenia **szkoły wyższej** (w tym studiów pomostowych) – kserokopia dyplomu szkoły wyższej (dyplom wraz z suplementem) oryginał do wglądu,
- **ukończenia kształcenia podyplomowego** (kursy) – kserokopia dokumentu potwierdzającego uzyskane kwalifikacje – oryginał do wglądu.

1. Adres zamieszkania.....

Tel.....Email.....

2. Przebieg pracy zawodowej :

nazwa zakładu pracy	adres zakładu pracy	Stanowisko i forma zatrudnienia*	okres zatrudnienia dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

.....
/podpis/