|  |
| --- |
|  ***Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych*** ***w Zielonej Górze*** |
|  ***65-831 Zielona Góra ul. Grzegorza 30; tel. 535 353 693; 68 307 01 11; 533 885 550*** ***izba@oipip.zgora.pl******radaizba@zgora.pl******kształcenie@oipip.zgora.pl*** |



|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA DO KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW OIPiP Z FUNDUSZU OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZIELONEJ GÓRZE** Data wpływu wniosku …………………….. Nr książki rejestru wniosków ……….…………….. |
|
| **A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (DRUKOWANYMI (***drukowanymi literami***)**  |
| **1. Nazwisko:** | **2. Pierwsze imię:**  | **3. Data urodzenia(dzień-miesiąc-rok):** |
| **6. PESEL:** | **7. Numer rejestru/PWZ w OIPIP:** |
| **8. Dane adresowe** | **Kraj:** | **Województwo:** | **Powiat:** |
| **Gmina:** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** |
| **Telefon kontaktowy:** | **Miejscowość:** | **Kod pocztowy:** | **Poczta:** |
| **9. Miejsce pracy:** |
| **10. Stanowisko:** | **11. Zatrudniony od dnia:** |
| **12. Rodzaj kształcenia i doskonalenia zawodowego do refundacji:** |
| **13. Czas trwania kształcenia: od do** |
| **B. POTWIERDZENIE ZAKŁADU PRACY**  |
| **ZAŚWIADCZENIE Zaświadcza** się, że Zakład Pracy nie/ponosi(ł) kosztów kształcenia. Jeśli tak to kwota ……………………………….…......................................................... ***Potwierdzenie z zakładu pracy:***  |
| **C. POTWIERDZENIE OPŁACANIA SKŁADEK CZŁONKOWSKICH** |
| **ZAŚWIADCZENIE Zaświadcza** się, że wnioskodawca posiada uregulowane (obowiązkową miesięczną) składki na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych za okres 1 roku poprzedzającego datę złożenia wniosku i opłaca nadal.…......................................................... ***Potwierdzenie z zakładu pracy:*** ***(można dołączyć zaświadczenie o odprowadzaniu składek z zakładu pracy oddzielnie)*** |
|
| **D. POTWIERDZENIE STATUSU BEZROBOTNEJ/BEZROBOTNEGO** |
| **Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status bezrobotnej/bezrobotnego bez prawa do zasiłku**…......................................................... ***Potwierdzenie z Urzędu Pracy:*** ***(można dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy oddzielnie)*** |
| **E. POTWIERDZENIE OPŁACANIA SKŁADEK CZŁONKOWSKICH** dotyczy indywidualnej i grupowej praktyki |
| **ZAŚWIADCZENIE Zaświadcza** się, że wnioskodawca posiada uregulowane (obowiązkową miesięczną) składki na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych za okres 1 roku poprzedzającego datę złożenia wniosku i opłaca nadal.…......................................................... …………………………………………..***Potwierdzenie z Zakładu Pracy: Podpis wnioskodawcy******(można dołączyć zaświadczenie o odprowadzaniu składek z Okręgowej Izby pielęgniarek i Położnych oddzielnie)*** |
| **F. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA** |
| Oświadczam, że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 246 Kodeksu Karnego  ***………………………………………………. ………………………………………………………………….*** ***Miejscowość, data Podpis czytelny wnioskodawcy***  |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU ("X" - zaznaczyć właściwe)** |
| ♠ Szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i dokształcające: ▪ kserokopia zaświadczenia/dyplomu ukończenia kursu, szkolenia, uzyskania tytułu specjalisty  ▪ oryginał dowodu wpłaty własnej za kurs, szkolenie,  |
|
| ♠ Studia niestacjonarne kierunkowe (pielęgniarstwo, położnictwo) magisterskie, licencjat:  ▪ kserokopia dyplomu uzyskania tytułu magistra, licencjata  ▪ oryginał dowodu wpłaty własnej za kształcenie |
|
| ♠ Studia doktoranckie w dziedzinie nauk o zdrowiu:  ▪ kserokopia dyplomu uzyskania tytułu doktora  ▪ oryginał dowodu wpłaty własnej za kształcenie |
|
| ♠ Konferencje, seminaria, sympozja, zjazdy, szkolenia, warsztaty (krajowe):  ▪ kserokopia dokumentu potwierdzającego uczestnictwo (dyplom, zaświadczenie, certyfikat),  ▪ oryginał dowodu wpłaty własnej za kształcenie  |
|
| **D. WYPEŁNIA KOMISJA DS.. KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO** |
| Komisja ds.. Kształcenia dnia ………………… rozpatrzyła wniosek i przyznała (nie przyznała) dofinansowanie zgodnie z Regulaminem na kwotę ……………………. *słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  Wniosek zarejestrowano w książce wniosków pod numerem …………………….. |
| Podpisy członków Komisji ds.. Kształcenia  |
| 1. ……………………………………………………………… |
| 2. ………………………………………………………………. |
| 3. ………………………………………………………………. |
| 4. ………………………………………………………………. |
| 5. ………………………………………………………………. |
| Refunduje: ……………..……………….. zł | …………………………………………………….  ***Podpis głównego księgowego OIPiP*** |
| Podatek: ………… % ……………………. zł |
| Do wypłaty ………………….…….……... zł |
| **ROZPATRZENIE ODWOŁANIA PRZEZ PREZYDIUM/OKRĘGOWĄ RADĘ** |
| Decyzja Prezydium/Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych: ……………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| Podpisy członków Prezydium/Okręgowej Rady  |
| 1. Przewodnicząca Prezydium/Okręgowej Rady OIPiP …………………………………………………………… |
|  2. Członek Prezydium/ Sekretarz Okręgowej Rady OIPiP …………………………….…………………………… |
|  3. Członek Prezydium/ Skarbnik Okręgowej Rady OIPiP ……………………………………………………………. |

 |
| **NUMER KONTA BANKOWEGO NA KTÓRE MA BYĆ DOKONANA WPŁATA DOFINANSOWANIA**  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

***DOTYCZY ABSOLWENTÓW PIELĘGNIARSTWA/POŁOŻNICTWA – osób nowozatrudnionych***

***Osoby, które po ukończeniu kształcenia podjęły pracę oraz nowozatrudnione po raz pierwszy i opłacają regularnie składkę członkowską mogą uzyskać dofinansowanie do kursów specjalistycznych.***