|  |
| --- |
| Obraz zawierający rysowanie, clipart, szkic, logo  Opis wygenerowany automatycznie **OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZIELONEJ GÓRZE** |
|  ***65-831 Zielona Góra ul. Grzegorza 30; tel. 535 353 693 izba@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 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** |
| **Zaświadcza** się, że Zakład Pracy nie partycypował w kosztach kształcenia. Jeżeli tak to w kwocie: …………………………………..PLN….........................................................***Potwierdzenie z zakładu pracy:*** |
| **C. POTWIERDZENIE OPŁACANIA SKŁADEK CZŁONKOWSKICH** |
| **Zaświadcza** się, że wnioskodawca posiada uregulowane (obowiązkową miesięczną) składki na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych za okres 3 lat poprzedzających 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)*** |
|  |
| **Oświadczam, że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 246 Kodeksu Karnego oraz, że zapoznałem/łam się z Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze*****………………………………………………………. ………………………………………………………………….*** ***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 zRegulaminem na kwotę ……………………………. *słownie: ………………………………………………………………………………………………………………* Wniosekzarejestrowano 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 |
| **ROZPATRZENIEODWOŁANIAPRZEZPREZYDIUM/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** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).