|  |
| --- |
| 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 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)*** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 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 | |
| **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).