

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO OIPIP REGIONU SIEDLECKIEGO**

<b>A. DANE WNIOSKODAWCY</b>	
1. Imię (imiona) i nazwisko	2. Data urodzenia , PESEL ..... .....
3. Adres zamieszkania	4. Telefon
<b>B. MIEJSCE PRACY WNIOSKODAWCY</b>	
5. Nazwa Zakładu pracy	6. Adres
7. Stanowisko	8. Zatrudnienie od dnia:
<b>C. DANE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA O REFUNDACJĘ, KTÓREGO UBIEGA SIĘ WNIOSKODAWCA</b>	
9. Rodzaj kształcenia	
10. Nazwa organizatora	
11. Czas trwania od ..... do .....	
<b>D. POTWIERDZENIE ODPROWADZANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ NA RZECZ SAMORZĄDU</b>	
Dnia .....	
..... Pieczęć zakładu pracy	
Pani/Pan ..... Imię i nazwisko	
od dnia .....opłaca regularnie obowiązkową miesięczną składkę na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych w wysokości 1% od wynagrodzenia zasadniczego w miesięcznej, ostania wpłata w wysokości ..... (słownie: .....).	
Podstawa prawna: Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) , tekst jednolity uchwał 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r.	
..... Pieczętka i podpis osoby upoważnionej przez pracodawcę	
Wypełnia zakład pracy w przypadku umowy o pracę	

## E. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. Znam treść Regulaminu Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego w sprawie refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków samorządu OIPiP Regionu Siedleckiego.
2. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikające z art.246 Kodeksu Karnego.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i podjęcia uchwały przez ORPiP Regionu Siedleckiego lub Prezydium ORPiP Regionu Siedleckiego, zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dostępną we wniosku.

4. Przyznane dofinansowanie \*

**Odbiorę osobiście w siedzibie OIPiP**

**Proszę przekazać na moje konto osobiste**

**Nr konta**

.....

.....  
Miejsce i data złożenia oświadczenia

.....  
Podpis wnioskodawcy

\*Właściwe zaznaczyć

### Klauzula Informacja

Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami 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 (RODO).

Osoba składająca wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego podaje swoje dane dobrowolnie, jednakże są one niezbędne do skorzystania ze środków finansowych OIPiP Regionu Siedleckiego. Bez podania wymaganych danych osobowych nie będzie możliwości rozpatrzenia wniosku.

Administratorem danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego, ul. Mazurska 2, 08-110 Siedlce.

Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i podjęcia uchwały przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Siedleckiego.

1. Dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
2. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż wynika to z przepisów ustawy o rachunkowości i procedur OIPiP Regionu Siedleckiego.
3. Osobie, której dane dotyczą zawsze przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, aktualizacji swoich danych, oraz prawo do złożenia skargi do organu ochrony danych osobowych, w Polsce jest to Urząd Ochrony Danych Osobowych.
4. Na zasadach określonych w Rozporządzeniu o Ochronie Danych Osobowych (ROPDO) osobie składającej wniosek przysługuje również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych. W pewnych wyjątkowych sytuacjach OIPiP Regionu Siedleckiego może odmówić usunięcia danych osobowych, jest to jednak możliwe wyłącznie w sytuacjach przewidzianych przez prawo.

**F. OPINIA KOMISJI DS. KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Imię i nazwisko .....

Komisja wnioskuje o refundację w kwocie .....

(słownie: .....)

Wniosek zaopiniowano negatywnie:

Uzasadnienie : .....

.....

.....

Podpisy Członków Komisji/ Zespołu

Siedlce, dnia .....

**DECYZJA O PRZYZNANIU DOFINANSOWANIA KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO**

Siedlce, dnia .....

.....  
Pieczęćka OIPiP Regionu Siedleckiego

Zgodnie z Uchwałą Nr ..... Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych Regionu Siedleckiego / Prezydium ORPiP Regionu Siedleckiego \*

z dnia .....

została przyznana Pani/Panu .....

do .....

.....

rodzaj kształcenia

refundacja w kwocie .....

(słownie .....)

.....  
pieczęćka i podpis Skarbnika ORPiP

.....  
pieczęćka i podpis Przewodniczącej ORPiP

\*niepotrzebne skreślić

**POTWIERDZENIE ODBIORU PRYZNANEJ KWOTY REFUNDACJI**

Siedlce, dnia .....

Odbieram refundację w kwocie .....

(słownie: .....)

.....  
Podpis wnioskodawcy