

**B . WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY LUB W PRZYPADKU
INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIARSKIEJ - WNIOSKODAWCA**

.....
pieczętka zakładu pracy (telefon)

ZAŚWIADCZENIE*

Zaświadcza się, że Pani/Pan , jest
zatrudniona(y) w od dnia
..... na stanowisku i regularnie
opłaca miesięczną składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze od dnia do dnia

(dzień, miesiąc, rok)

(dzień, miesiąc, rok)

.....
.....
miejsce, data

.....
pieczętka i podpis osoby upoważnionej przez dyrektora Zakładu

.....
Pieczętka Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej/ Położnej

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE* jeśli dotyczy

Oświadczam, że z tytułu Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej / Położnej* - regularnie
opłacam składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej
Górze od dnia do dnia

(dzień, miesiąc, rok)

(dzień, miesiąc, rok)

.....
Data , pieczętka i podpis wnioskodawcy ,

.....
data , pieczętka i podpis księgowego OIPiP

OŚWIADCZENIE* jeśli dotyczy

Oświadczam, że nie prowadzę Indywidualnej Praktyki Pielęgniarskiej / Położnej* ,
jednakże samodzielnie opłacam składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Jeleniej Górze od dnia do dnia

(dzień, miesiąc, rok)

(dzień, miesiąc, rok)

.....
Data , pieczętka i podpis wnioskodawcy ,

.....
data , pieczętka i podpis księgowego OIPiP

C. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY -PODPIS WNIOSKU

Oświadczenie wnioskodawcy*:

1. Oświadczam , że jestem świadomy(a) odpowiedzialności, w tym karnej, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że nie korzystałem (am) / korzystałem(am) z dofinansowania w/w formy kształcenia zawodowego w wysokości zł z innych źródeł.
3. Oświadczam , że wcześniej nie uczestniczyłem(am) / uczestniczyłem(am) w szkoleniu specjalizacyjnym, za które otrzymałam refundację kosztów kształcenia.

Klauzula Zgody

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych, tj. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) w Jeleniej Górze, ul. 1 Maja 27, 58-500 Jelenia Góra w celu weryfikacji złożonego wniosku i procedury przyznawania refundacji kosztów kształcenia.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałam(em)** się z treścią klauzuli informacyjnej znajdującej się na stronie internetowej OIPiP, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
data podpis wnioskodawcy

* **pole wypełnić obowiązkowo**

** **proszę skreślić niewłaściwe**

D . WYPEŁNIA KOMISJA DS. KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Komisja ds. Kształcenia i doskonalenia zawodowego:

1) Stwierdzamy zgodność dokumentów i zasadność przyznania refundacji.

Proponujemy kwotę:zł

2) Stwierdzamy niezgodność z Regulaminem

w § ust. pkt ppk

Data :

Podpisy członków Komisji / Rady:

Data i Nr Uchwały o postanowieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze

.....

.....

Przyznana kwota : zł.

Pieczętka i podpis Przewodniczącej ORPiP w Jeleniej Górze