WNIOSEK
O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO CZŁONKÓW OIPIP W RADOMIU

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!
NIECZYTELNY BEZ ZAŁĄCZNIKÓW NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY !!!!!

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

I. Dane personalne wnioskodawcy:

l. Nazwisko

2.Imiona

3. Data urodzenia: (RRRR-MM-DD)

- -

4. NIP (*w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej*)

5. PESEL

II. Adres zamieszkania:

1. Miejscowość:

2. Kod Pocztowy

3.Ulica

4.Nr domu

5. Nr mieszkania

6.Nr telefonu

III. Adres korespondencyjny:

☐ zaznacz jeśli taki sam jak zamieszkania

1. Miejscowość:

2. Kod Pocztowy

3.Ulica

4.Nr domu

5. Nr mieszkania

6.Nr telefonu

IV. Aktualne miejsce pracy

1.Nazwa zakładu pracy

2.Miejscowość:

3. Kod Pocztowy

4. Powiat

5. Gmina

6.Ulica

7.Nr domu

8. Nr lokalu

9. Staż pracy w zawodzie

9. Zajmowane stanowisko

10. Oddział / komórka organizacyjna

RODZAJ KURSU	DZIEDZINA KSZTAŁCENIA (Dokładna nazwa kursu)
K. dokształcający	
K. specjalistyczny	
K. kwalifikacyjny	
Specjalizacja	
Inne (podać rodzaj)	
Organizator szkolenia (Nazwa i adres)	
Termin szkolenia (od – do)	
Koszt szkolenia	

Data ostatniej refundacji po 1 stycznia 2008 r. *(właściwe zaznacz X)*

☐ - nie korzystałam ☐ korzystałam

……
……
……
……

(podać nazwę i datę zakończenia ostatniej formy szkolenia)

…… (Miejscowość, data)

…. ……. (Czytelny podpis wnioskodawcy)

B. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Oświadczam, że **znam treść Regulaminu** dofinansowania kształcenia podyplomowego członków OIPiP w Radomiu i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 K.K).
Wyrażam zgodę na **przetwarzanie danych osobowych** dla potrzeb niezbędnych do pracy Komisji Kształcenia OIPiP w Radomiu.

Wyrażam zgodę na przekazanie przyznanej kwoty refundacji na moje konto osobiste

Bank ……
Nr konta

Do wniosku dołączam:

1. Zaświadczenie (xero) o ukończonej formie kształcenia podyplomowego
2. Oryginał faktury / rachunku potwierdzającego opłatę
3. Potwierdzenie opłacania składek w przypadku IPP lub GPP

……
Data i czytelny podpis

C. WYPEŁNIA PRACODAWCA

1. a) Zaświadcza się, że wnioskodawca Pan/Pani……...

regularnie odprowadza składkę członkowską na rzecz OIPiP w Radomiu od dnia …….. zgodnie z obowiązującymi przepisami.

b) Zaświadcza się, że wnioskodawca otrzymał z zakładu pracy refundację kosztów szkolenia w wysokości

……..…… zł

……..
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

2. Wypełnia pielęgniarka/położna **indywidualnej lub grupowej praktyki**

Oświadczam, że składkę na rzecz OIPiP w Radomiu odprowadzam regularnie (w wysokości określonej Uchwałą nr 5/VIII/2024 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2024 r) od dnia ……

……
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

W przypadku zmiany zakładu pracy wnioskodawca jest zobowiązany udokumentować ciągłość opłacania składek przez okres wskazany w Regulaminie Refundacji Kształcenia Podyplomowego OIPiP w Radomiu

D. WYPEŁNIA OIPIP W RADOMIU

Wyżej wymieniona otrzymała/ nie otrzymała dofinansowanie zgodnie z regulaminem .

……..……
(Czytelny podpis przewodniczącej/członka Komisji Kształcenia)

Decyzja

Uchwała nr ……z dnia ……ORPiP / Prezydium ORPiP akceptuje / odrzuca dofinansowanie do kształcenia podyplomowego.
Uzasadnienie odmowy……..
……

……
Pieczątka i podpis sekretarza ORPiP

Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) , informuję, że:
-Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego15, 26-600 Radom;
-Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego 15,26-600 Radom email: orpip@orpip.radom.pl lub listownie na adres: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego 15, 26-600 Radom;
Pani/Pana Dane osobowe
-Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U.2011 nr 174 poz.1039, ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U.2011 nr 174 poz. 1038 oraz zgodnie z art.6 ust.1 lit.c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO);
-Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do wykonania zadań ADO w związku z realizacją ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U.2011 nr 174 poz. 1038 oraz okres wymagany przez przepisy prawa;
-Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu;
-Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące z ADO w celu realizacji zadań wynikających z przepisów prawa;
-Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO);
-Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.