

**Wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego  
ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Elblągu**

**1. Dane personalne wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko ..... data urodzenia .....  
Adres zamieszkania : kod ....., miejscowość .....  
ulica ..... tel. kont. ....  
numer NIP .....  
nr. prawa wykonywania zawodu .....  
numer PESEL.....

**2. Miejsce pracy:**

Nazwa i adres zakładu pracy .....  
.....  
Stanowisko ....., zatrudniona od .....

**3. Dane dotyczące kształcenia i doskonalenia zawodowego,  
o refundację, którego wnioskodawca ubiega się:**

Pełna nazwa formy doskonalenia zawodowego:  
.....  
Nazwa i adres organizatora kształcenia: .....  
.....  
Miejsce odbywania doskonalenia:  
.....  
Czas trwania szkolenia od ..... do .....

**4. Oświadczenie wnioskodawcy:**

**Oświadczam, że :**

1. Znana mi jest treść Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Elblągu.
2. Jestem świadoma (y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji ( art. 247 Kodeksu karnego ).
3. Kwotę refundacji ujmę w rocznym zeznaniu podatkowym, zgodnie z PIT-em wystawionym przez Biuro OIPIP w Elblągu.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn.zm.)

.....

*data*

.....

*czytelny podpis wnioskodawcy*

**5. Poświadczenie zakładu pracy\* o opłacaniu składek**

Zaświadczam się, że wnioskodawca od dnia .....  
regularnie opłaca składki członkowskie na rzecz samorządu zawodowego  
pielęgniarek i położnych.

.....

*data*

.....

*pieczętka i podpis działu finansowego*

**6. Uzasadnienie uczestnictwa w danej formie kształcenia i doskonalenia  
zawodowego:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DECYZJA KOMISJI  
DS. KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Przyznano ( odmówiono ) Pani ( u ).....  
refundację za kształcenie i doskonalenie zawodowe.

Decyzję odmowną komisja uzasadnia :

.....  
.....  
.....

**Podpisy komisji szkoleniowej**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....

.....

*data*

\* w przypadku, gdy składki członkowskie odprowadzane indywidualnie poświadczenie o  
składkach dokonuje Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Elblągu.