Załącznik Nr 1* do Uchwały Nr 269/VIII/2023 ORPiP** *z dnia 14 grudnia 2023 r. w sprawie zasad udziału członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w kształceniu podyplomowym organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ze środków własnych oraz zasad dofinansowania uczestnictwa członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w określonych rodzajach kształcenia podyplomowego organizowanym przez inne podmioty i dofinansowania udziału członków OIPiP w Łodzi w różnych formach doskonalenia zawodowego. – **obowiązuje od dnia 1 stycznia 2024 r.

Wniosek wypełniony nieczytelnie, niepoprawnie, niedokładnie, bez kompletu załączników - nie będzie rozpatrywany

WNIOSEK INDYWIDUALNY
O DOFINANSOWANIE UCZESTNICTWA W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM

(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

.....
Imię/Imiona i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania z kodem pocztowym,

……..……..
Nr telefonu

……..
Nazwa i adres zakładu pracy

Nr PWZ:

Nr Rejestru:

				–			–						

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
91- 762 Łódź, ul. Emilii Plater 34

PROSZĘ O DOFINANSOWANIE KOSZTU UCZESTNICTWA W:

- kursie kwalifikacyjnym, specjalistycznym, dokształcającym w dziedzinie/zakresie: *(*) właściwe zakreślić*

.....

.....

.....

1. Oświadczam, że zakład pracy lub inny podmiot partycypował w kosztach **TAK** *(*)* **NIE** *(*)*
(*) właściwe zakreślić

Wysokość dofinansowania uczestnictwa przez zakład pracy wyniosła**:**
uczestnictwo ..... zł

2. Oświadczam, że w roku zakończenia kształcenia podyplomowego wskazanego powyżej, ani w roku poprzednim nie ukończyłam kształcenia podyplomowego organizowanego przez inny podmiot, za którym otrzymałam dofinansowanie z OIPiP w Łodzi.

3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji ORPiP w Łodzi w przedmiocie rozpoznania niniejszego wniosku o dofinansowanie pocztą elektroniczną **na adres e-mail:**

4. PROSZĘ O **PRZEKAZANIE PRZYZNANEJ KWOTY NA MOJE KONTO NR:**

		-					-					-					-					-					-				

5. Oświadczam, że znana jest mi treść Uchwały Nr 269/VIII/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi z dnia 14 grudnia 2023 r., *w sprawie zasad udziału członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w kształceniu podyplomowym organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ze środków własnych oraz zasad dofinansowania uczestnictwa członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w określonych rodzajach kształcenia podyplomowego organizowanym przez inne podmioty i dofinansowania udziału członków OIPiP w Łodzi w różnych formach doskonalenia zawodowego* i zobowiązuje się do jej przestrzegania.

6. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO)* ***wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.*** Dane będą przetwarzane na potrzeby rozpoznania i realizacji wniosku o dofinansowanie zgodnie Uchwałą Nr 269/VIII/2023 , z dnia 14 grudnia 2023 r., *w sprawie zasad udziału członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w kształceniu podyplomowym organizowanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ze środków własnych oraz zasad dofinansowania uczestnictwa członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w określonych rodzajach kształcenia podyplomowego organizowanym przez inne podmioty.*

Zakres przetwarzania obejmuje wszystkie dane wymienione w przedmiotowym Wniosku.

……..
Data i Czytelny podpis

Załączniki:

1. zaświadczenie o ukończeniu kształcenia podyplomowego**:** *(kopia zaświadczenia potwierdzona za zgodność z oryginałem)*

   .....

2. rachunek, faktura **(*oryginał*)** za uczestnictwo w kształceniu. Nie będą honorowane faktury na działalność gospodarczą, w tym jednoosobową.
3. w przypadku zwolnienia z opłacenia składek - dokumenty udowadniające okoliczność zwolnienia z obowiązku opłacania składek.
4. raport imienny potwierdzający opłacanie składek przez okres wymagany Regulaminem.

<u>CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA OIPiP w Łodzi</u>

1) Wyżej wymieniony/a osoba jest członkiem OIPiP w Łodzi od dnia ……

..... ……..

data *pieczątka i podpis upoważnionego pracownika*

2) Wyżej wymieniony/a **nie otrzymała dofinansowania kosztów uczestnictwa jeden raz na dwa lata kalendarzowe z OIPiP w Łodzi.**

TAK ***(*)*** **NIE** ***(*)*** *(*) właściwe zakreślić*

..... …….

data *pieczątka i podpis upoważnionego pracownika*

3) Wyżej wymieniony **zakład pracy** odprowadza składki członkowskie przez okres wymagany Regulaminem **TAK** ***(*)*** **NIE** ***(*)*** *(*) właściwe zakreślić*

Wnioskodawca odprowadza składki członkowskie przez okres wymagany Regulaminem **TAK** ***(*)*** **NIE** ***(*)***

…… .....

data *pieczątka i podpis upoważnionego pracownika*

4) Dofinansowanie kosztów uczestnictwa na podstawie przedstawionych załączników.

…… .....

data *czytelny podpis upoważnionego pracownika*