

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW  
KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

<b>A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (DRUKOWANYMI LITERAMI):</b>			
<b>DANE IDENTYFIKACYJNE:</b>			
1. Nazwisko:		2. Pierwsze imię:	
3. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok):		4. PESEL:	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>			
5. Kraj:	6. Województwo:	7. Powiat:	
8. Gmina:	9. Ulica:	10. Nr domu	11. Nr lokalu
12. Miejscowość:	13. Kod pocztowy:	14. Poczta:	15. Telefon:
<b>OBECNE MIEJSCE PRACY:</b>			
16. Nazwa i adres zakładu pracy:			17. Telefon do pracy:
18. Stanowisko:		19. Data zatrudnienia (dzień-miesiąc-rok):	
<b>STAŻ PRACY:</b>			
20. Mniej niż 3 lata <input type="checkbox"/> - wymagane zaświadczenie o zatrudnieniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Chełmie			
21. Powyżej 3 lat <input type="checkbox"/> - wymagane zaświadczenie o zatrudnieniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Chełmie			
<b>PROSZĘ O REFUNDACJĘ KOSZTÓW UCZESTNICTWA W:</b>			
22. Zjeździe /sympozjum /konferencji /seminarium** na temat: .....			
23. Szkoleniu specjalizacyjnym (specjalizacji) w dziedzinie: .....			
24. Kursie kwalifikacyjnym /specjalistycznym /doksztalającym** w zakresie: .....			
25. Studiach: pomostowych /magisterskich /podyplomowych /doktoranckich** na kierunku: .....			
26.. Nazwa organizatora kształcenia:			
27. Termin kształcenia:		28. Koszt uczestnictwa (zgodnie z załącznikiem):	
Od..... Do.....		.....zł	

**DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:**

- oryginał faktury VAT lub rachunku wystawionego przez organizatora kształcenia;
- kserokopię dyplomu /zaświadczenia /certyfikatu\* ukończenia wybranej formy kształcenia, doskonalenia zawodowego – oryginał do wglądu;
- zaświadczenie o zatrudnieniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Chełmie

**Oświadczam, że znam Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.**

**Klauzula Informacyjna**

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).

Równocześnie informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Chełmie, ul. Obłowska 20, 22 - 100 Chełm, tel. 82 565 43 73
2. W celu zapewnienia bezpieczeństwa Państwa danych, z dniem 25.05.2018 w jednostce powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo skontaktować drogą telefoniczną: 664 08 59 57, bądź mailową: [inspektor@ethna.pl](mailto:inspektor@ethna.pl)
3. Głównym celem zbierania Państwa danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego
4. 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. Osobie składającej wniosek przysługuje również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych. W pewnych wyjątkowych sytuacjach OIPiP w Chełmie może odmówić usunięcia danych osobowych, jest to jednak możliwe wyłącznie w sytuacjach przewidzianych przez prawo.
5. Osoba składająca wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego podaje swoje dane dobrowolnie, jednakże są one niezbędne do rozpatrzenia wniosku przez Komisję Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i podjęcia decyzji przez ORPiP w Chełmie lub jej Prezydium. Bez podania wymaganych danych osobowych nie będzie możliwości rozpatrzenia wniosku i podjęcia uchwały.
6. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż wynika to z przepisów ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, z przepisów o archiwizacji i procedur OIPiP w Chełmie.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu określonym w punkcie 3.  
Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**B. WYPEŁNIA KOMISJA KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

**DECYZJĄ KOMISJI:**

- PRZYZNANO REFUNDACJĘ W WYSOKOŚCI.....
- NIE PRZYZNANO REFUNDACJI

***UZASADNIENIE ODMOWY PRZYZNANIA REFUNDACJI:***

WYŻEJ WYMIENIONA OSOBA KORZYSTAŁA Z REFUNDACJI W ROKU.....

INNA PRZYCZYNA (*podać jaka*): .....

.....

Chełm, dnia .....

.....  
podpis Przewodniczącego Komisji lub upoważnionego członka Komisji

.....  
(pieczęć pracodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**  
**o zatrudnieniu i kwocie wpłaconych składek członkowskich**  
**na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie**

Zaświadcza się, że Pani/Pan .....  
jest zatrudniona/y od dnia ..... do .....  
w .....

.....  
(nazwa i adres zakładu pracy)

na stanowisku .....

Forma zatrudnienia: ..... Wymiar etatu: .....

**1. OKRES OBEJMUJĄCY ZAKRES DANYCH DO ZAŚWIADCZENIA**

**/rok bieżący i 4 lata wstecz/:**

od ..... do .....

**2. Wysokość wynagrodzenia zasadniczego i kwota wpłaconej składki członkowskiej na rzecz OIPiP w Chełmie w okresie, o którym mowa w pkt 1**

Lp.	Rok	Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	Kwota przekazana za wskazany rok

**Uwagi /np. zmiana wysokości wynagrodzenia zasadniczego/:**

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

**3. Oświadczenie pracodawcy o systematycznym potrącaniu i przekazaniu składek za okres, o którym mowa w pkt 1:**

Zaświadcza się o systematycznym opłacaniu składek w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie

za Pana/Panią..... za okres o którym mowa w pkt 1.

(imię i nazwisko)

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Chełmie.

.....  
(data podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę)