

Załącznik 1.

Kompletność wymaganych dokumentów:

- ☐ poprawnie wypełniony wniosek
- ☐ kserokopia dowodu wpłaty lub rachunku
- ☐ kserokopia dowodu ukończenia szkolenia
- ☐ deklaracja

Wniosek

o dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego

.....
Miejscowość, data

Imię

Nazwisko Pesel:

Województwo Kraj

Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

Zawód

Stanowisko

Zakład pracy

Nr telefonu

Proszę o dofinansowanie udziału w

.....
Temat:

organizowanym przez

w (miejscowość) w terminie

Korzyści z udziału w szkoleniu

.....
Koszt uczestnictwa w szkoleniu wynosi zł.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że nie otrzymałam/em dofinansowania kosztów kształcenia z innych źródeł.

.....

(podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że korzystałam/em z dofinansowania kosztów kształcenia z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie w okresie ostatnich 5 lat TAK / NIE

Jeśli dotyczy:

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

(data i rodzaj odbytych szkoleń w ramach dofinansowania z OIPIP w Tarnowie)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Nr rachunku bankowego, na który należy dokonać wypłaty dofinansowania:

.....

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:

1. Zostałam/em poinformowana/y, że: Administratorem Danych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie, 33-100 Tarnów ul. Południowa 10, że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji praw i obowiązków związanych z rozpoznaniem i realizacją wniosku o dofinansowanie kształcenia podyplomowego. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania refundacji kosztów kształcenia podyplomowego. Zostałam zapoznany także o treści klauzuli informacyjnej dotyczącej zasad przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych, w tym o celach przetwarzania danych osobowych oraz podstawie prawnej ich przetwarzania, okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz kryteriach ustalania tego okresu, prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą, prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawie do przeniesienia danych, prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego. Klauzula informacyjna dostępna jest w siedzibie OIPiP oraz na stronie internetowej.

.....

(data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie :

a) regularności odprowadzania składki członkowskiej na konto OIPiP w Tarnowie.

Pani / Panpłaci składkę na rzecz samorządu.

.....
(pieczętka, podpis księgowego lub Skarbnika ORPiP)

b) okresu przynależności do OIPiP w Tarnowie członka ubiegającego się o dofinansowanie

od dnia

.....
(podpis wnioskodawcy)

Tarnów, dnia

***Deklaracja członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Tarnowie o zamiarze wykonywania zawodu na terenie izby przez
kolejne 3 lata:***

Ja, niżej podpisana/-y:

Imię i nazwisko:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy / e-mail:

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód pielęgniarki/pielęgniara / położnej/położnego na terenie działania **Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie** przez **kolejne trzy lata** od dnia złożenia niniejszej deklaracji.

Zobowiązuję się do poinformowania izby o każdej zmianie miejsca wykonywania zawodu, która może skutkować koniecznością zmiany przynależności do innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych.

.....

Podpis członka OIPiP