

## Wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koninie

### I. Dane osobowe

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Pesel

### II. Adres zamieszkania

Miejscowość	Kod pocztowy	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Nr telefonu	E-mail	

### III. Zatrudnienie

Miejsce pracy	Zatrudniona/y od:
---------------	-------------------

### IV. Kształcenie

Rodzaj kształcenia podyplomowego	
Data rozpoczęcia	
Data zakończenia	
Egzamin państwowy- data	
Studia, kierunek	
Inne formy kształcenia – konferencje, sympozja, seminarium(w przypadku konferencji podać temat)	
Termin konferencji ..... itp.	

Rok ostatniej refundacji ..... forma kształcenia.....

**V. Szczegółowe zasady refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego** określa obowiązujący – Regulamin - załącznik do uchwały Nr 28/VIII/2023 ORPiP w Koninie.

Oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się z Regulaminem refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego OIPiP w Koninie .

Oświadczam, że uzupełniłam/ uzupełniłem swoje dane w Okręgowym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych w Koninie.

Wyrażam zgodę na przekazanie przyznanej kwoty na konto:

Nazwa banku .....

Nr rachunku bankowego

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Do wniosku dołączam:**

- potwierdzenie opłaty za formę kształcenia w kwocie.....
- dokument potwierdzający ukończenie kształcenia lub doskonalenia zawodowego

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

VI. Potwierdzenie zakładu pracy o płaceniu składek na rzecz OIPiP w Koninie od .....  
do .....

.....  
data/podpis i pieczęć osoby upoważnionej

VII. Oświadczenie pracodawcy lub innego podmiotu o pokrywaniu lub nie kosztów kształcenia

.....  
data/podpis i pieczęć osoby upoważnionej

### VIII. Decyzja Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

Po rozpatrzeniu wniosku proponujemy przyznać dofinansowanie w kwocie .....	( Kwota słownie)
Wniosek rozpatrzono negatywnie	

.....  
data

.....  
przewodnicząca komisji

.....  
podpis  
członka komisji

.....  
podpis  
członka komisji

.....  
podpis  
członka komisji

.....  
podpis  
członka komisji

### IX. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koninie

.....  
podpis

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art.13 ust. 1 i 2 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) dalej RODO, informuje że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koninie, z siedzibą przy ul. Spółdzielców 3; 62-510 Konin,

2.z administratorem można kontaktować się: listownie na wskazany adres siedziby, przez e-mail [oiPIP@konin.home.pl](mailto:oiPIP@konin.home.pl), telefonicznie pod nr telefonu 63 244 44 50 lub 668 241 447

3. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu niezbędnym do realizacji wniosku na podstawie art.6 ust.1 lit.b,c RODO

4. dane udostępnione przez Panią/ Pana nie będą podlegały udostępnianiu podmiotom trzecim, odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.

5. Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres stosowny do obowiązujących przepisów ustawy z dnia 26.07.1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niezbędny do realizacji świadczenia na rzecz członka samorządu zgodnie z Regulaminem Komisji.

6. posiada Pani/ Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, żądania sprostowania swoich danych osobowych, uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, żądania usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/ Pana zgody na ich przetwarzania, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, ze względu na Pani/ Pana szczególną sytuację, w przypadku kiedy przetwarzamy Pani/ Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu, przenoszenia swoich danych osobowych,

7. ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochrona danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/ Pan, że przetwarzanie danych osobowych naruszyło przepisy RODO na adres: 00-193 WARSZAWA; ul. Stawki 2

8. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne z uwagi na konieczność realizacji zadań wynikających z ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych ( art.4 ust.2 pkt.15).