Załącznik nr 1 do Regulaminu dofinasowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Koninie

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 (kurs, specjalizacja, studia, inne formy kształcenia)	
Data rozpoczęcia	
Data zakończenia	
Egzamin państwowy- data (specjalizacja)	

Rok ostatniej refundacji …… **forma kształcenia ……..……**

V. Szczegółowe zasady refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego określa obowiązujący – Regulamin - załącznik do uchwały Nr 7/VIII/2025 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:

1. potwierdzenie opłaty za formę kształcenia w kwocie .....
2. potwierdzenie opłaty za egzamin państwowy w kwocie ……
3. Razem pkt. 1+2 ……..
4. dokument potwierdzający ukończenie kształcenia lub doskonalenia zawodowego

...……..…
Data i podpis wnioskodawcy

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

……..

…….
data/podpis i pieczęć osoby upoważnionej

VI. Potwierdzenie OIPiP w Koninie o płaceniu składek na rzecz Izby ……...

……..…….
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 przeplywu 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, 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).