



Wysokość przyznanego dofinansowania: przez WOIPiP.....zł, przez pracodawcęzł

Wniosek o dofinansowanie, ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych kosztów kształcenia podyplomowego

1. Dane personalne wnioskodawcy:

_____|_____|_____|_____|
(Nr Rejonu)

Imię i nazwisko Data urodzenia ____|____|____|____| - ____|____| - ____|____|
rook m-c d

Adres zamieszkania: kod poczt. ____|____| - ____|____|____|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. komórkowy.....
(Nr domu) Nr lokalu)

Ważne; należy podać tylko NIP lub tylko PESEL!!!!!!

NIP w przypadku wykonywania działalności gospodarczej *PESEL w przypadku zatrudnienia tylko na podstawie umowy o pracę*

NIP : ____|____|____|____| - ____|____|____|____| - ____|____|____| PESEL : ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy:

Ulica Kod poczt. ____|____| - ____|____|____|
(Miejscowość)

2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. ____|____| - ____|____|____|
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. służbowy

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od ____|____|____|____| - ____|____|____| - ____|____|____|
rook m-c d

3. Korzystała(e)m z dofinansowania WOIPiP do:

.....
(rodzaj i nazwa kształcenia) ____|____|____|____| - ____|____|____| - ____|____|____|
rook m-c d

.....
(rodzaj i nazwa kształcenia) ____|____|____|____| - ____|____|____| - ____|____|____|
rook m-c d

4. Dane dotyczące kształcenia, o które ubiega się wnioskodawca

Rodzaj kształcenia: specjalizacja kurs kwalifikacyjny
 kurs specjalistyczny kurs dokształcający

.....
 (Nazwa kształcenia)

Nazwa organizatora

Adres organizatora: kod poczt. -
 (Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul.

Czas trwania kształcenia: od - - do - -
 rok m-c d rok m-c d

Koszt kształcenia zł

5. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej Proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/

| Okres | | Nazwa i adres zakładu pracy |
|-------|----|-----------------------------|
| od | do | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

6. Okresy nieskładkowe

| Okresy nieskładkowe | okres | |
|-------------------------------|-------|----|
| | od | do |
| Urlopy wychowawcze | | |
| Bezrobocie | | |
| Zasiłek rehabilitacyjny | | |
| Wykreślenie z rejestru WOIPiP | | |

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

7. Uzasadnienie skierowania na kształcenie

Wysokość kwoty dofinansowania przez zakład..... zł

.....
(pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za pracę pionu
pielęgniarskiego/położniczego w zakładzie)

8. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia - - ma regularnie potrącane
rok m-c d

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

- -
rok m-c d

.....
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

9. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

.....
(Czytelny Podpis Pełnomocnika właściwego rejonu wyborczego)

10. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego członków WOIPiP
- 2 W razie przerwania nauki lub zaprzestania opłacania składek członkowskich bez uzasadnionych przyczyn, zobowiązuję się do zwrotu przyznanego mi przez Okręgową Radę WOIPiP dofinansowania.
- 3 Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
- 4 Do wniosku dołączam:
 - zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzednich miejsc pracy
 - dokumenty o okresach nie składkowych,

- -
rok m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)