

4. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

1. Znana jest mi treść Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.
2. Jestem świadoma / jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury uzyskania refundacji kosztów doskonalenia zawodowego z OIPiP w Toruniu – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Dz. U. UE. 1.2016.119.1

.....
(miejsowość, data)

.....
(Czytelny podpis osoby składającej wniosek)

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W TORUNIU

Opinia Skarbnika OIPiP w Toruniu:

.....
(Data i podpis Skarbnika OIPiP w Toruniu)

Komisja szkoleniowa na posiedzeniu w dniu: wnioskuje o:

Podpisy członków Komisji:

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |

Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Toruniu / Prezydium ORPiP o refundacji kosztów doskonalenia zawodowego lub uzasadnienie decyzji odmownej

Uchwała Numer: z dnia:

Toruń, dn.

.....
(Podpis Przewodniczący lub Sekretarz ORPiP)