KSIEGOWOŚĆ: do przelewu: ..... dnia ..... Podpis .....

Wniosek o refundację kosztów doskonalenia zawodowego
ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Toruniu

1. **Dane personalne wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: ..... PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania: ..... - ..... ul. .....

Telefon: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Numer prawa wykonywania zawodu: _ _ _ _ _ _ _ _

NIP: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Urząd Skarbowy (Oddział i dokładny adres) .....

.....

Numer konta bankowego:

Miejsce pracy: .....

Adres: .....

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej: .....

2. **Dane dotyczące kształcenia:**

Rodzaj szkolenia, temat: .....

.....

Organizator: .....

Czas trwania od - do: .....

3. **Dane dotyczące refundacji (zaznaczyć właściwe):**

Ubiegam się o refundację: □ kosztów przejazdu □ opłat za szkolenie

Poniesione koszty (łącznie koszty przejazdu i opłat za szkolenie): ..... zł

Oświadczam, że w bieżącym roku:

□ nie otrzymałam/em □ otrzymałam/em refundację kosztów szkolenia w wysokości: ..... zł

Zakład partycypuje w kosztach: □ Tak □ Nie Jeśli tak, proszę podać kwotę: ..... zł

Załączniki (zaznaczyć właściwe):

□ Faktury (oryginały do wglądu) na kwotę: ..... zł

□ Kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu, szkolenia. W przypadku specjalizacji, po zakończeniu specjalizacji kserokopia dyplomu uzyskania tytułu specjalisty (oryginały do wglądu).

□ Zaświadczenie o opłacaniu składek członkowskich.

□ Delegacja z potwierdzeniem udziału przez organizatora szkolenia (oryginał, dokładnie wypełnione dwie strony lub rachunek kosztów podróży – druk pobrany ze strony internetowej izby).

.....

(Czytelny podpis osoby składającej wniosek)

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

....

(miejscowość, data) (Czytelny podpis osoby składającej wniosek)

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK 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)