

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

### I. Wnioskodawca:

1. Nazwisko i imię .....
2. Numer prawa wykonywania zawodu .....
3. Adres zamieszkania:

Województwo		Powiat	
Gmina	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta

4. Miejsce pracy .....
5. Telefon kontaktowy .....

### II. Rodzaj kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego:

- kurs dokształcający .....
  - kurs specjalistyczny .....
  - kurs kwalifikacyjny .....
  - szkolenie specjalizacyjne .....
  - studia .....rok.....semestr .....
- (kierunek/stopnia I, II)
- inne formy kształcenia: konferencja, sympozjum, seminarium, kongres, zjazd  
w dziedzinie .....

( w przypadku konferencji podać temat)

### III. Potwierdzenie zakładu pracy o regularnym płaceniu składek na rzecz OIPiP w

Kaliszu od ..... do .....

(miesiąc, rok)

(miesiąc, rok)

.....

(podpis, pieczęć)

IV. Potwierdzenie okresu zatrudnienia przez zakład pracy

.....

.....  
(podpis, pieczęć)

Przyznaną kwotę – odbiorę osobiście: TAK – NIE – zaznaczyć właściwe

Proszę przekazać na moje konto osobiste:

- imię i nazwisko .....

- nazwa banku .....

- nr konta .....

**UWAGA !**

1. Oświadczam, że znam i rozumiem Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, przyjęty uchwałą nr 106/2023 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu z dnia 13 grudnia 2023r.
2. Oświadczam, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie informacji i dowodów niezgodnych z prawdą
3. Zgodnie z § 6 pkt.2 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego **nie podjęcie przez wnioskodawcę dofinansowania do 20 grudnia br. spowoduje cofnięcie decyzji o jego udzieleniu.**
4. Oświadczam, że nie korzystam z całkowitego lub częściowego dofinansowania kosztów kształcenia z innych źródeł niż fundusz OIPiP z siedzibą w Kaliszu.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb OIPiP z siedzibą w Kaliszu
6. **Oświadczam, że uzupełniłam/em swoje dane w okręgowym rejestrze OIPiP z siedzibą w Kaliszu.**

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)

**Załączniki :**

- dokument potwierdzający płacenie składek (dla członków OIPiP płacących indywidualnie),
- fakturę wystawioną przez organizatora kształcenia za koszty merytoryczne kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego, bez opłat za dojazdy, zakwaterowanie, wyżywienie, materiały szkoleniowe i egzaminy,
- dokument potwierdzający uczestnictwo lub ukończenie danej formy kształcenia i doskonalenia zawodowego.

V. Decyzja Komisji ds. nauki i kształcenia o przyznaniu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego .....

.....  
Data..... Podpis.....

VI. Decyzja Prezydium OR .....

Data ..... Podpis.....

VII. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.....

Data ..... Podpis.....

Uwagi .....