# *Załącznik nr 1 do Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Rzeszowie*

# WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW OIPiP W RZESZOWIE

# W przypadku złożenia wniosku niespełniającego wymagań, niedokładnie czy nieczytelnie wypełnionego, wnioskodawca będzie jednorazowo wzywany do uzupełnienia lub poprawienia wniosku w terminie 14 dni od daty przesłania zawiadomienia w formie wiadomości mailowej, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania.

**Cel złożenia:**  złożenie wniosku korekta/ uzupełnienie wniosku

**Dane personalne:**

1. Nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Imiona

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. Data urodzenia: (RRRR-MM-DD)

**PESEL**

**Adres zamieszkania:**

1. Województwo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Kod pocztowy: 3. Miejscowość:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4. Ulica: 5. Nr domu: 6. Nr mieszkania:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |

7. Telefon 8. Adres email

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miejsce pracy:**

1. Nazwa zakładu pracy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Adres:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. Telefon: 4. Oddział:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Proszę o dofinansowanie udziału w: (rodzaj kształcenia) ..........................................................................................

temat :..........................................................................................................................................................................

organizowanym przez ................................................................................................................................................

w (miejscowość).........................................................................................................................................................

w terminie (czas trwania szkolenia **od - do**) ..............................................................................................................

koszt dydaktyczny (czesne) wymienionego szkolenia wynosi ......................................................................... PLN

|  |
| --- |
| **Przyznane dofinansowanie:**  1. proszę o przekazanie na konto osobiste o numerze: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. kurs specjalistyczny/dokształcający refundowany w 70% - do kwoty 500 zł  3. proszę o przekazanie na konto OKPPiP Sp. z o. o. w Rzeszowie o numerze |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | 7 | 1 | 2 | 4 | 0 | 4 | 7 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 1 | 9 | 2 | 7 | 5 | 0 |

……………………………………………………………………

/czytelny podpis wnioskodawcy/

**Potwierdzenie odprowadzania składki członkowskiej na rzecz samorządu:**

(sekcja płac/księgowość w zakładzie pracy, dowody wpłaty, księgowość OIPIP w Rzeszowie)

Pan/Pani ................................................................................................................................................. regularnie

opłaca składkę na rzecz samorządu od (data) ..........................................................................................................

…………………….……….……………………………

/pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

**Wypełnia pielęgniarka/położna indywidualnej lub grupowej praktyki:  
Oświadczam,** że składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych odprowadzam regularnie i w wysokości określonej Uchwałą nr 18 i 22/VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku (tekst jednolity Uchwał 18 i 22 VII KZPiP z dnia 1.02.2016 roku) w sprawie wysokości składki członkowskiej od dnia ................................................

……….…...........................................................

/czytelny podpis wnioskodawcy/

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oświadczam,** że znam regulamin udzielania pomocy członkom OIPiP w Rzeszowie. Zobowiązuję się do przestrzegania go, oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnej   
z prawdą, wynikającej z art. 246 Kodeksu Karnego.

..............................................................................

/czytelny podpis wnioskodawcy/

**Wypełnia pielęgniarka/położna starająca się o przekazanie dofinansowania na konto OKPPiP w Rzeszowie:**

**Oświadczenie**

Zobowiązuje się zwrócić przyznane dofinansowanie przekazane na konto Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o. o. w Rzeszowie w przypadku rezygnacji ze szkolenia lub niezaliczenia egzaminu.

............................................................................

/czytelny podpis wnioskodawcy/

**ZAŁĄCZNIKI**

**Do wniosku należy dołączyć**:

1. Czytelne ksero dowodu wpłaty czesnego dokonanej na rzecz organizatora kształcenia lub kopia faktury wystawionej przez organizatora kształcenia.
2. Zaświadczenie o: ukończeniu studiów z określeniem ilości lat, lub semestrów studiów; ukończeniu kursu kwalifikacyjnego; zakończeniu kursu specjalistycznego lub dokształcającego; ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego; dopuszczeniu do obrony pracy doktorskiej; potwierdzenie udziału w konferencji, zjeździe, sympozjum, kongresie naukowym, czy szkoleniu, przy czym przez potwierdzenie udziału, rozumie się dostarczenie kopii certyfikatu lub zaświadczenia potwierdzającego osobisty udział w w/w szkoleniach.

**W przypadku dofinansowania na konto Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie do wniosku należy dołączyć:**

1. Zaświadczenie z OKPPiP Sp. z o. o. w Rzeszowie o uczestnictwie w szkoleniu i jego koszcie.
2. Potwierdzenie uiszczenia regulaminowej opłaty za kurs/szkolenie (ksero dowodu wpłaty).

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Działając na podstawie art. 13 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 przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”) informujemy, że przetwarzamy Pani/ Pana dane osobowe.

Niniejsze zasady stosuje się począwszy od dnia 25 maja 2018 r.

**1. Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Z Administratorem Danych osobowych można się kontaktować:

• listownie, na adres: ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów

• za pośrednictwem poczty e – mail: biuro@oipip.rzeszow.pl

**2. Inspektor danych osobowych**

Administrator danych osobowych powołał Inspektora ochrony danych w osobie Pani Anny Gąska, z którą można się kontaktować:

• telefonicznie: (+48) 17 77 88 485

• listownie, na adres: ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów

• za pośrednictwem poczty e – mail: inspektorochronydanych@oipip.rzeszow.pl

**3. Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych**

Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody oraz obowiązujących przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

• rozpatrzenia wniosku o przyznanie dofinansowania lub refundacji, na podstawie udzielonej przez Panią/ Pana zgody (art. 6 ust. 1

lit. a RODO),

• po pozytywnym rozpatrzeniu Pani/ Pana wniosku oraz przyznaniu dofinansowania lub refundacji Pani/ Pana dane osobowe będą przechowywane w związku z realizacją obowiązków prawnych spoczywających na Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie wynikających z właściwych przepisów Ustawy z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości (art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

**4. Odbiorcy danych**

Odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych mogą być:

• upoważnieni członkowie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie w zakresie rozpatrzenia złożonego przez Panią/ Pana wniosku o dofinansowanie lub refundację oraz kontroli wydatkowania środków samorządu zawodowego,

• upoważnieni pracownicy Administratora danych osobowych, w celu weryfikacji wniosku, wypłaty środków przyznanego dofinansowania lub refundacji bądź przygotowania i nadania korespondencji związanej z realizacją bądź odmową przyznania środków objętych Pani/ Pana wnioskiem.

**5. Okres przechowywania danych osobowych**

Pozyskane dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 miesięcy, a w przypadku przyznania dofinansowania lub refundacji w ramach złożonego wniosku przez okres niezbędny do udokumentowania prawidłowego wydatkowania środków samorządu zawodowego oraz wykazania przed właściwymi organami wysokości udzielonego dofinansowania lub refundacji oraz w celu prowadzenia sprawozdawczości finansowej zgodnie z art. 74 Ustawy z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości, tj. przez okres 5 lat.

**6. Zakres przysługujących praw**

Przysługuje Pani/ Panu, prawo do:

• dostępu do danych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,

• sprostowania (poprawienia) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,

• usunięcia danych („prawo do bycia zapomnianym”),

• ograniczenia przetwarzania danych,

• wniesienia sprzeciwu,

• przenoszenia danych.

Administrator danych osobowych informuje również, że przysługuje Pani/ Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy Pani/ Pana zdaniem dane osobowe są przetwarzane w sposób niezgodny z obowiązującym prawem. Organem nadzorczym w kwestii ochrony danych osobowych jest Prezes Urząd Ochrony Danych Osobowych.

**7. Prawo do cofnięcia zgody**

Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na adres:

ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów, elektronicznej na adres poczty e – mail: biuro@oipip.rzeszow.pl lub osobiście w siedzibie Administratora danych osobowych.

**8. Informacja o wymogu/ dobrowolności podania danych osobowych**

Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do uzyskania pomocy o jaką Pani/ Pan wnioskuje do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, w szczególności w celu dofinansowania lub refundacji wydatków określonych w złożonym wniosku.

**Odmowa podania przez Panią/Pana danych osobowych wskazanych we wniosku uniemożliwi Administratorowi danych osobowych – Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie ich przetwarzania i wiąże się z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku, a tym samym brakiem możliwości przyznania pomocy w jakiejkolwiek formie.**

**9. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu**

Pani/ Pana dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że:

1**.**  wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek   
i Położnych w Rzeszowie w postaci: danych zamieszczonych we wniosku o przyznanie dofinansowania   
do kosztów kształcenia dla członków OIPIP w Rzeszowie w celu rozpatrzenia wniosku.

2**.**  nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek  
i Położnych w Rzeszowie w postaci: danych zamieszczonych we wniosku o przyznanie dofinansowania   
do kosztów kształcenia dla członków OIPIP w Rzeszowie w celu rozpatrzenia wniosku.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są ono zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i podstawie przetwarzania oraz prawach, które mi przysługują.

……..…………………………………………………

/data, czytelny podpis wnioskodawcy/

**Wypełnia OIPiP:**

Wyżej wymieniony/a nie korzystał/a z dofinansowania w roku ……………………………………….

Korzystał/a z dofinansowania w ………………………………………………………………………..

……………………… …………………..

/podpis osoby upoważnionej/

**Decyzja:**

Uchwała Nr ………………. z dnia ……………………ORPiP / Prezydium ORPiP akceptuje / odrzuca

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...................................................................

/podpis i pieczątka sekretarza OIPiP/