

Wniosek wypełniony nieczytelnie, niepoprawnie, niedokładnie oraz bez załączników - nie będzie rozpatrywany

Dane przedstawione we Wniosku muszą być zgodne z danymi zawartymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. **W przypadku niezgodności Wniosek nie będzie rozpatrzony.**

WYPEŁNIA: WNIOSKODAWCA drukowanymi literami	
1.	Imię i nazwisko:
2.	Adres zamieszkania: tel. kontaktowy: adres mail:
3.	Adres do korespondencji:
4.	Numer prawa wykonywania zawodu: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.	Miejsce pracy /nazwa i adres zakładu pracy, telefon/:
6.	PROSZĘ O REFUNDACJĘ UDZIAŁU W:
6a.	Szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie:
6b.	Kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie:
6c.	Kursie specjalistycznym w zakresie:
6d.	*Konferencji/sympozjum/kongresie/zjeździe/warsztatach Temat:
6e.	Studiach NIESTACJONARNYCH: *licencjackich/magisterskich *kierunek: pielęgniarstwo/położnictwo
Nazwa organizatora:	
Miejsce odbycia kształcenia /konferencji:	
Termin kształcenia /konferencji:	
Koszty kształcenia/konferencji:	
7.	Oświadczam, że* nie otrzymałam/em // otrzymałam/em w kwocie: dofinansowania z zakładu pracy lub innych źródeł do wyżej wymienionego rodzaju kształcenia/doskonalenia zawodowego. (podpis wnioskodawcy)
8.	Oświadczam, że zapoznałam/em się z <i>Regulamin dofinansowania/refundowania kosztów kształcenia Członków Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych</i> i zobowiązuję się do jego przestrzegania. (podpis wnioskodawcy)
9.	Oświadczam, że składkę na rzecz Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych odprowadzam zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. (podpis wnioskodawcy)
10.	Oświadczam, że jestem świadomy/a konsekwencji składania fałszywych oświadczeń w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, za co grozi odpowiedzialność karna na podst. art. 286 Kodeksu Karnego tj. kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat (podpis wnioskodawcy)
11.	Opinia odpowiednio* Przewodniczącej/Wiceprzewodniczącej Rady, Organu Izby lub danej Komisji w przypadku Wniosku: członka Rady lub innych Organów SIPiP i Komisji problemowych, członków SIPiP wchodzących w skład Pocztu Sztandarowego, Pełnomocników SIPiP zgodnie z § 4 pkt. 5.4. Regulaminu (podpis osoby opiniującej)
*) niepotrzebne skreślić	

WYPEŁNIA: ZAKŁAD PRACY - w przypadku braku imiennego wykazu odprowadzanych składek

12. Sekcja plac: potwierdzenie ciągłości odprowadzania składki członkowskiej (z ostatnich 36 m-cy) na rzecz Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych przez Panią/Pana
 Składka odprowadzana jest w wysokości 1% płacy zasadniczej od dnia..... do dnia.....*

.....
 (pieczętka i podpis pracownika sekcji plac)

*W przypadku zmiany zakładu pracy Wnioskodawca obowiązany jest udokumentować ciągłość opłacania składek przez okres wskazany w *Regulaminie dofinansowania/refundowania kosztów kształcenia Członków SIPiP*.

WYPEŁNIA: WNIOSKODAWCA

13. Należną kwotę refundacji po dokonanych przeze mnie rozliczeniu proszę przelać na konto:

nazwa Banku

nr rachunku bankowego

Załączniki do wniosku:

a. w przypadku kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych: Zaświadczenie od organizatora kształcenia o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego/specjalistycznego, oryginał **imiennej** faktury lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez uprawnionego pracownika Izby lub osobę wystawiającą rachunek, potwierdzającym osobiście wniesioną opłatę,

b. w przypadku specjalizacji i studiów: kopię dyplomu, potwierdzenie opłat tj: oryginał **imiennego** rachunku/faktury lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez uprawnionego pracownika Izby lub osobę wystawiającą rachunek, potwierdzającym osobiście wniesioną opłatę,

c. w przypadku konferencji, sympozjum, kongresu, zjazdu, warsztatów – po złożeniu Oświadczenia rozliczenia kosztów z dołączonym oryginałem imiennej faktury potwierdzającej poniesienie opłaty za uczestnictwo; potwierdzeniem uczestnictwa (certyfikat lub potwierdzona delegacja); udokumentowanych kosztów przejazdu (bilety); kosztów noclegu (oryginał rachunku imiennego uczestnika)

WYPEŁNIA: SZCZECIŃSKA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

14. Wyżej wymieniona/y nie korzystał/a z dofinansowania/refundacji w roku poprzednim i/lub w roku bieżącym

Uchwała Nr.....

W przypadku refundacji po specjalizacji:

Wyżej wymieniona/y nie korzystał/a z refundacji po specjalizacji w ciągu ostatnich 5 lat

Uchwała Nr.....

.....
 (data i czytelny podpis
 pracownik biura SIPiP)

15. Potwierdzenie opłaty składki członkowskiej

.....
 (data i podpis
 Skarbnika SIPiP)

16. Opinia Komisji Kształcenia

.....
 (data i czytelny podpis
 członka Komisji Kształcenia)

17. Decyzja Rady / Prezydium

.....
 (data i podpis
 Sekretarza SIPiP)