### Wniosek o refundację

**kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego OIPiP w Krośnie**

|  |
| --- |
| 1. **Wypełnia wnioskodawca ( drukowanymi literami)**
 |
| 1. **Nazwisko**
 | **2. Pierwsze imię** | **3. Data i miejsce urodzenia** **(dzień- miesiąc-rok)** **PESEL**  |
| **4. Adres zamieszkania** | **Kraj:** | **Województwo:** | **Powiat:** |
| **Gmina:** | **Ulica:** | **Nr domu:** | **Nr lokalu:** |
| **Miejscowość:** | **Kod pocztowy:** | **Poczta:** |
| **Telefon:** |
| **5. Nazwa zakładu pracy:**  | **Telefon do pracy:** |
| **6. Stanowisko:** | 1. **Zatrudniony od dnia:**
 |
| 1. **Pełna nazwa szkolenia:**
 | **9. Koszt dydaktyczny:** |
| **10. Czas trwania kształcenia: od ..................................... do ..............................** |
| **11. Czy osoba korzystała już z dofinansowania TAK/NIE** **Jeżeli tak to kiedy……………………………………….** |
| **12. Oświadczam, że znany mi jest regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego OIPiP i zobowiązuję się do jego przestrzegania.** |
| **13. Oświadczam, że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art. 246 Kodeksu Karnego.****Krosno, dnia:............................................. Podpis wnioskodawcy................................................** |
| **14. Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:****Nazwa banku:...........................................................................................................................................................****Nr konta bankowego:...............................................................................................................................................** **Podpis wnioskodawcy..................................................** |
| **B. Wypełnia pracodawca wnioskodawcy** |
|  Data.......................................................................................................... (pieczęć zakładu pracy)**ZAŚWIADCZENIE O OPŁACANIU SKŁADEK**Zaświadcza się, że Pani/Pan .........................................................................................................od dnia ......................................do dnia.........................................opłaca obowiązkową miesięczną składkę na rzecz samorządu zawodowego Pielęgniarek i Położnych w wysokości 1 % od uposażenia zasadniczego.Podstawa prawna: Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 1.07.2011r. art. 11 ust. 2 pkt. 4 (Dz. U. Nr 174).Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie ul. Bieszczadzka 5, tel. 43-694-60 ................................................................................................ (podpis i pieczątka osoby upoważnionej przez pracodawcę) |

|  |
| --- |
| C: Opinia Komisji o przyznanie refundacji z określeniem jej wysokości lub uzasadnienie odmowy refundacji:................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………… ………………………………………………….(miejscowość, data) ( podpis Przewodniczącej i członków Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego)  |

###

###  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.

**Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Z Administratorem danych osobowych można się kontaktować:

• listownie, na adres: ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

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

**2. Inspektor danych osobowych**

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

 • telefonicznie: (+ 48) 13 43 694 60 w. 1

 • listownie, na adres: ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

 • za pośrednictwem poczty e – mail: iodo@oipip.krosno.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. 6ust. 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 Krośnie wynikających z właściwych przepisów (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 Krośnie 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

* podmiotom przetwarzającym je na zlecenie OIPiP w Krośnie, np. firmom windykującym wierzytelności OIPiP w Krośnie oraz podmiotom uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązującego prawa np. sądom lub organom ścigania – oczywiście tylko, gdy wystąpią z żądaniem w oparciu o stosowną podstawę prawną.

**5.Okres przechowywania danych osobowych**

Pozyskane dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 miesięcy, a w przypadku przyznania dofinansowania przez okres niezbędny do potwierdzenia prawidłowego wydatkowania środków oraz w celu niezbędnym ze względu na przepisy o sprawozdawczości finansowej (Ustawa z dnia 29 września 1994 r., o rachunkowości).

**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 do organu nadzorczego,

• przenoszenia danych,

• cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych (oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych może nastąpić w formie pisemnej na adres Administratora danych osobowych wskazanych w pkt 1, na adres poczty elektronicznej e – mail: biuro@oipip.krosno.pl lub osobiście w siedzibie Administratora danych osobowych.

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

Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych osobowych uniemożliwia Administratorowi danych osobowych ich przetwarzanie, i w konsekwencji skutkuje brakiem możliwości przyznania pomocy.

**8. 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**

|  |
| --- |
|  |

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w postaci: danych zamieszczonych we wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Krośnie w celu rozpatrzenia wniosku.

|  |
| --- |
|  |

 **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w postaci: danych zamieszczonych we wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Krośnie w celu rozpatrzenia wniosku.

Oświadczam, że podałam/ łem moje dane osobowe dobrowolnie.

……………………………………

 (podpis wnioskodawcy)