Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE

indywidualnego turnusu rehabilitacyjno-leczniczego*/rehabilitacji ambulatoryjnej*/stacjonarnej*

W miejscu..... w terminie.....

* podkreśl właściwe

I. Dane personalne wnioskodawcy

1. Nazwisko

2. Imię **3. PESEL**

4. Nr prawa wyk. zawodu **5. Tel. Kontaktowy prywatny**

4 8

6. Adres e-mail

II. Adres zamieszkania

1. Województwo **2.** Miejscowość

3. Kod pocztowy **4.** Poczta

-

5. Ulica **6.** Nr domu / mieszkania

III. Aktualne miejsce zatrudnienia

1. Nazwa i adres zakładu pracy

2. Odział/Komórka organizacyjna

IV. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego wnioskodawcy:

Urząd Skarbowy.....

Adres Urzędu Skarbowego.....

WYPEŁNIA PRACODAWCA/KSIĘGOWOŚĆ

1. Pan/Pani.....

zatrudniona w .....

regularnie-miesięcznie odprowadza składkę członkowską w wysokości 1% uposażenia zasadniczego

w kwocie.....od dnia .....

(Nie wypełniają podmioty, które przysyłają do OIPiP w Radomiu imienne wykazy składek)

2. W przypadku braku podziału na uposażenie zasadnicze, składka członkowska na rzecz OIPiP w Radomiu w wysokości 1% uposażenia w kwocie.....

pieczątka i podpis osoby upoważnionej .....

Wymagane załączniki:

1) imienna faktura na pełny koszt dopłaty do turnusu reh. – leczniczego (100 %)
2) oświadczenie w przypadku choroby onkologicznej,
3) potwierdzenie odprowadzania składki członkowskiej na rzecz ORPiP w Radomiu, gdy członek samorządu odprowadza ją samodzielnie

PRZEBIEG ZATRUDNIENIA: (proszę wypełniać czytelnie)

LP.	OKRES ZATRUDNIENIA	MIEJSCE ZATRUDNIENIA: podmiot zatrudniający/placówka/oddział
1.		
2.		
3.		
4.		

Oświadczam, że:

1. Znam regulamin przyznawania skierowania na turnus rehabilitacyjno-leczniczy
2. Zostałam poinformowana o konieczności rozliczenia kwoty dofinansowania w rocznym rozliczeniu podatkowym – PIT.

Czy korzystał/-a Pan/Pani z leczenia sanatoryjnego? TAK/NIE Kiedy ostatni raz (rok).....

Numer konta do przekazania dofinansowania:

Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) , informuję, że:
-Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego15, 26-600 Radom;
-Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego 15,26-600 Radom email:orpip@orpip.radom.pl lub listownie na adres: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą na ul. Paderewskiego 15, 26-600 Radom;
-Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U.2011 nr 174 poz.1039, ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U.2011 nr 174 poz. 1038 oraz zgodnie z art.6 ust.1 lit.c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO);
-Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do wykonania zadań ADO w związku z realizacją ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U.2011 nr 174 poz. 1038 oraz okres wymagany przez przepisy prawa;
-Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu;
-Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące z ADO w celu realizacji zadań wynikających z przepisów prawa;
-Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO);
-Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.

Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych na potrzeby Komisji Kwalifikacyjnej

....

Miejscowość, data czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Kwalifikacyjnej:

1.Wniosek został zaopiniowany: POZYTYWNIE NEGATYWNIE .....
data

KWOTA DOFINANSOWANIA:.....

1).....2).....3).....4).....

Podpisy członków komisji kwalifikacyjnej