

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu
WNIOSEK O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNO-LECZNICZY

Nazwa miejscowości
I. Dane personalne wnioskodawcy

termin

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. Oddział/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.....

pieczętka i podpis osoby upoważnionej

Wymagane załączniki:

- 1) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału w turnusie rehabilitacyjno-leczniczym
- 2) zaświadczenie lekarskie 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

Oświadczam, że:

1. Znam regulamin przyznawania skierowania na turnus rehabilitacyjno-leczniczy
2. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty na konto OIPiP w Radomiu:
PKO S.A. nr konta **45 1240 3259 1111 0011 0504 4607**
w tytule przelewu: imię, nazwisko - dopłata do turnusu rehabilitacyjno-leczniczego ww terminie.....
3. W przypadku rezygnacji z turnusu (po kwalifikacji) zobowiązuję się do zwrotu kosztów poniesionych przez OIPiP w Radomiu.
4. Zostałam poinformowana o konieczności rozliczenia kwoty dofinansowania w rocznym rozliczeniu podatkowym – PIT.

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

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

Decyzja Komisji Kwalifikacyjnej:

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

1.Wniosek został zaopiniowany:

POZYTYWNE

NEGATYWNE

data

KWOTA DOFINANSOWANIA:.....

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

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ