

WNIOSEK

o refundację kosztów doskonalenia zawodowego

A. 1* Wnioskodawca

.....
imię nazwisko (nazwiska)

2* Numer PESEL

3* Nazwa i adres zakładu pracy, oddział

4* Adres zamieszkania

nr kodu, poczta, miejscowość

ulica i nr domu gmina powiat

nr telefonu

5* Nr rachunku bankowego na który ma zostać przekazana kwota refundacji

*WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

B. Proszę o refundację kosztów

temat

organizowany przez

nazwa instytucji

w w terminie

miejscowość

data

1. Potwierdzenie opłacania składek członkowskich na rzecz samorządu pielęgniarek

i położnych: - Tak - Nie

.....
pieczętka i podpis pracownika
komórki finansowo – księkowej

C. Ubiegam się o refundację:

1. koszt przejazdu: Tak - Nie.

2. kosztów zakwaterowania: Tak - Nie

3. opłat za szkolenia: Tak - Nie

4. innych:

Załączam dokumenty: (odpowiednie podkreślić)

- rachunki za kształcenie
- rachunki za noclegi
- rozliczenie kosztów przejazdu (bilety)
- dyplom, certyfikat, świadectwo ukończenia szkolenia lub potwierdzenie uczestnictwa

.....
miejsowość, dnia

.....
Podpis wnioskodawcy

Rozliczenie kosztów udziału w szkoleniu wg załączonych dokumentów

1. Koszty przejazdu wg delegacji
 2. Zakwaterowanie wg oryginału rachunku
 3. Inne np. opłata za szkolenie wg oryginału rachunku
- Koszt ogółem**

Zatwierdzono do refundacji kwotę

Słownie:

Przewodnicząca

Skarbnik

Przewodniczący Komisji

Klauzula informacyjna dla Osób wnoszących o refundację kosztów kształcenia

Dane osobowe są przetwarzane zgodnie z przepisami 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).

Równocześnie informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Podkarpacka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku ul. Krakowska 11, 37-200 Przeworsk, tel. 16 648 81 00.
2. W celu zapewnienia bezpieczeństwa Państwa danych, z dniem 25.05.2018 w jednostce powołany został Inspektor Ochrony Danych, z którym możecie się Państwo skontaktować drogą telefoniczną: 664 08 59 57, bądź mailową: inspektor@ethna.pl
3. Głównym celem zbierania Państwa danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego
4. Osobie, której dane dotyczą zawsze przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania, aktualizacji swoich danych, oraz prawo do złożenia skargi do organu ochrony danych osobowych, w Polsce jest to Urząd Ochrony Danych Osobowych. Osobie składającej wniosek przysługuje również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych. W pewnych wyjątkowych sytuacjach POIPiP w Przeworsku może odmówić usunięcia danych osobowych, jest to jednak możliwe wyłącznie w sytuacjach przewidzianych przez prawo.
5. Osoba składająca wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego podaje swoje dane dobrowolnie, jednakże są one niezbędne do rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i podjęcia decyzji przez PORPiP w Przeworsku lub jej Prezydium. Bez podania wymaganych danych osobowych nie będzie możliwości rozpatrzenia wniosku i podjęcia uchwały.
6. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
7. Dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż wynika to z przepisów ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, z przepisów o archiwizacji i procedur POIPiP w Przeworsku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu określonym w punkcie 3. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)