

**Wniosek
do Komisji Socjalnej przy OIPIP z siedzibą w Pile
o przyznanie zapomogi**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (drukowanymi literami)			
Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania:			
województwo	powiat	gmina	
ulica, nr domu, nr lokalu			miejscowość
kod pocztowy	poczta	nr telefonu	
Właściwy Urząd Skarbowy w		Nr NIP.....	
		PESEL	
Miejsce pracy, nr telefonu			
WYPEŁNIA PRACODAWCA WNIOSKODAWCY			
.....			Data
/pieczęć zakładu pracy/			
ZAŚWIADCZENIE			
Zaświadcza się, że Pani/Pan od dnia opłaca (imię i nazwisko)			
obowiązkową miesięczną składkę na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w wysokości 1 % od wynagrodzenia zasadniczego. Podstawa prawna: ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011r. art. 11 pkt 2 ust. 4 (Dz. U. z 2018 poz. 916).			
Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia <u>Komisji Socjalnej</u> Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Pile ul. Motylewska 9, tel. 67 351 94 24/25			
.....			Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę

Dane dotyczące członków rodziny i innych osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy (nauki)

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Oświadczam, że jestem świadoma/-y skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury uzyskania pomocy socjalnej z OIPiP z siedzibą w Pile – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr133 poz.883).

Piła, dn.

.....

Podpis wnioskodawcy

Decyzja Komisji Socjalnej o przyznaniu zapomogi lub uzasadnienie decyzji odmownej:

.....
.....
.....
.....

.....

data

.....

podpis

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:

Imię i nazwisko

Nazwa banku

Nr konta osobistego

.....
Podpis wnioskodawcy

Sprawdzono pod względem merytorycznym

Data Podpis.....

Sprawdzono pod względem rachunkowym

Data..... Podpis księgowego.....

ZATWIERDZONO DO WYPŁATY

Zł.....słownie Zł

Data..... Podpis.....