



**\*WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ PRZED UPŁYWEM 30 DNI OD ROZPOCZĘCIA KURSU, SZKOLENIA, STUDIÓW**

Załącznik nr 1 do Regulaminu Refundacji  
Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Nazwisko i imiona ..... Tytuł zawodowy .....

Adres .....

Miejsca zatrudnienia .....

.....

Tel. kontaktowy ..... e-mail: ..... Pesel .....

.....  
Data wpływu wniosku

**W N I O S E K\***  
**o refundację kosztów poniesionych tytułem uczestnictwa w:**

.....  
nazwa formy kształcenia i doskonalenia zawodowego

.....  
organizator formy kształcenia zawodowego

.....  
data rozpoczęcia i zakończenia

.....  
ukończone specjalizacje – dziedzina, rok

**I. Adnotacja pracodawcy:**

Koszt szkolenia zostanie zwrócony w wysokości .....

Nie zostanie zwrócony z powodu .....

.....  
pieczęć i podpis pracodawcy/pracodawców

**II. Adnotacja pracodawcy:**

Koszt szkolenia zostanie zwrócony w wysokości .....

Nie zostanie zwrócony z powodu .....

.....  
pieczęć i podpis pracodawcy/pracodawców

**Oświadczam, że:** całkowity koszt kursu, specjalizacji wynosi zł. .... słownie .....

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią obowiązującego Regulaminu Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu zatwierdzonym na mocy Uchwały ORPIP Nr 119/VII/2017 z dnia 20.12.2017 r. Kwotę przyznanej refundacji proszę przekazać na konto wskazane na wniosku (str. nr 2).**

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

