



Numer PWZ

--	--	--	--	--	--	--	--

Numer Rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer wniosku

WNIOSEK O PRYZNANIE NAGRODY JUBILEUSZOWEJ Z TYTUŁU NABYCIA PRAWA DO EMERYTURY

CZĘŚĆ A - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

DANE OSOBOWE

IMIĘ		DRUGIE IMIĘ	
NAZWISKO		PESEL	
NR TELEFONU		E-MAIL	
NUMER KONTA BANKOWEGO			

URZĄD SKARBOWY WŁAŚCIWY DO WYSTAWIENIA PIT-11

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

ADRES KORESPONDENCYJNY

WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE JEŻELI JEST INNY OD POWYŻSZEGO ADRESU ZAMIESZKANIA

Miejscowość	Województwo	Powiat
Gmina	Kod pocztowy	Ulica
Nr budynku	Nr lokalu	Poczta

INFORMACJA O OSTATNIM ZATRUDNIENIU

PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (PRZED NABYCIEM PRAWA DO EMERYTURY): _____

NUMER NIP PRACODAWCY: _____

DATA ROZPOCZĘCIA ZATRUDNIENIA (rrrr/mm/dd): _____

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O KOMPLETNOŚCI WNIOSKU

Oświadczam, że niniejszy wniosek spełnia wymagania zawarte w Regulaminie. Wniosek zawiera wymagane załączniki:

1. Kserokopia decyzji organu rentowego o nabyciu prawa do emerytury.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O SPEŁNIENIU PRZESŁANEK, O KTÓRYCH MOWA W REGULAMINIE

1. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z nagrody jubileuszowej przewidzianej w Regulaminie przyznawania nagród jubileuszowych członków OIPIP w Opolu, oświadczam, iż regularnie i nieprzerwanie opłacam składki członkowskie oraz nie posiadam zadłużenia wobec OIPIP w Opolu minimum przez okres 5 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.
3. Oświadczam, iż nie uzyskałem/am refundacji kosztów leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego nabywającym prawo do emerytury.
4. Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O AKTUALIZACJI DANYCH

1. Wyrażam zgodę na aktualizację danych, zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.) na podstawie niniejszego wniosku o przyznanie nagrody jubileuszowej nabywającym prawo do emerytury.
2. Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że na podstawie art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.) jest zobowiązana/ny do aktualizacji m.in. **danych danych o wykształceniu**, tj.: kserokopie zaświadczeń ukończonych kursów, kserokopie dyplomów ukończonych studiów, w tym także aktualizacji **danych osobowych, danych o zatrudnieniu, danych teleadresowych** za pomocą arkuszy aktualizacyjnych, dostępnych do pobrania na stronie internetowej: www.oipip.opole.pl.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYKONYWANIU ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości obowiązek wynikający m.in. z Uchwały Nr 5 Nadzwyczajnego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r., o złożeniu oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki /położnej wraz z oryginałem prawa wykonywania zawodu w przypadku zakończenia wykonywania tego zawodu.

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ROCZNYM ROZLICZENIU PODATKU

Oświadczam, że wykażę przyznaną kwotę nagrody jubileuszowej w rozliczeniu rocznym podatku od osób fizycznych za dany rok kalendarzowy (PIT 11).

(Data i podpis wnioskodawcy)

SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)

- ☐ składka płacona przez pracodawcę
- ☐ składka płacona indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia
- ☐ składka płacona indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej

(Data i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

1. Zostałam/em poinformowana/y, że: Administratorem Danych będzie Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, (45-123) ul. Budowlanych 44A, że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celach przetwarzania danych osobowych oraz podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz kryteriach ustalania tego okresu, prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą, prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawie do przeniesienia danych, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do stosowania względem mnie Regulaminu przyznawania nagród jubileuszowych nabywającym prawo do emerytury członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu, w tym rozliczenia przyznanej refundacji oraz w celach archiwalno-statystycznych przez Administratora Danych;
3. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania nagrody jubileuszowej.

(Data i podpis wnioskodawcy)

WYMOGI REGULAMINU PRYZNANWANIA NAGRÓD JUBILEUSZOWYCH

1. Wnioskodawca jest członkiem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu: ☐ tak ☐ nie
2. Wnioskodawca przekroczył termin na złożenie wniosku: ☐ tak, o _____ dni ☐ nie
3. Wnioskodawca uzyskał refundację kosztów leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego nabywającym prawo do emerytury: ☐ tak ☐ nie

ODPROWADZANIE SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

(Data i podpis pracownika)

UWAGI DO WNIOSKU

(Data i podpis pracownika)

DECYZJA KOMISJI DS. PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH EMERYTEK

DECYZJA: Wnioskodawcy **PRYZNANO*** nagrodę jubileuszową /**NIE PRYZNANO*** nagrody jubileuszowej z następującym uzasadnieniem:

*niepotrzebne skreślić

Podpisy Członków Komisji

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

WYPŁATA ŚWIADCZENIA - WYPEŁNIA SKARBNIK ORPiP W OPOLU

ZATWIERDZENIE* ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY: Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie _____ zł
(słownie: _____ złotych)

(Data zatwierdzenia do wypłaty)

(Data i podpis Skarbnika)

NIE ZATWIERDZENIE* ŚWIADCZENIA Z NASTĘPUJĄCYM UZASADNIENIEM:

*niepotrzebne skreślić

(Data i podpis Skarbnika)

Dodatkowe uwagi Skarbnika ORPiP w Opolu:

(Data i podpis Skarbnika)