Instrukcja

dotycząca składania wniosku o świadczenie w związku z przejściem na emeryturę.

Pielęgniarka(-rz)/położna, która odchodząc na emeryturę chce uzyskać świadczenie finansowe **w wysokości 700,00** złotych brutto powinna złożyć następujące dokumenty:

1. Wniosek w sprawie wypłaty świadczenia w związku z przejściem na emeryturę/rentę członków OIPiP w Radomiu
2. Jeśli członek samorządu - po odejściu na emeryturę **nie będzie podejmować pracy** – wypełnia Arkusz Aktualizacyjny Danych Osobowych w Okręgowym Rejestrze **część F**, **Oświadczenie** o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki/-rza, położnej/ -ego i zgodnie z deklaracją w oświadczeniu, przekazuje do akt zaświadczenie o Prawie Wykonywania Zawodu.

3. Jeśli członek samorządu, o którym mowa w punkcie 2. Zechce podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki/-rza, położnej/-ego powinien:
   * wypełnić Oświadczenie o zamiarze podjęcia pracy,
   * wypełnić Arkusz Aktualizacyjny Danych Osobowych w Okręgowym rejestrze **część E**
   * odebrać z akt osobowych zaświadczenie o Prawie Wykonywania Zawodu.

4. Jeśli członek samorządu bezpośrednio po przejściu na emeryturę ma zamiar **podjąć pracę** w zawodzie powinien:
   * wypełnić Arkusz Aktualizacyjny Danych Osobowych w Okręgowym Rejestrze **część F**
   * wypełnić Arkusz Aktualizacyjny Danych Osobowych Okręgowego Rejestru **część E**

WNIOSEK
W SPRAWIE WYPŁATY ŚWIADCZENIA W ZWIĄZKU Z PRZEJŚCIEM NA EMERYTURĘ/RENTĘ CZŁONKÓW OIPIP W RADOMIU

WNIOSEK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

I. Dane personalne wnioskodawcy:

l. Nazwisko

2.Imiona

3. Data urodzenia: (RRRR-MM-DD)

\- -

4. **NIP (***w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej* **)**

5. PESEL

6. Nazwa i adres urzędu skarbowego wnioskodawcy

II. Adres zamieszkania/korespondencji

1. Województwo:
2. Powiat:
3. Gmina
4. Miejscowość:
5. Kod pocztowy: -
6. Poczta:
7. Ulica:
8. Numer domu:
9. Numer mieszkania:
10. Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam poinformowana o obowiązku odprowadzania składki członkowskiej w wysokości 1% w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej (również będąc emerytką) bez względu na formę zatrudnienia. Jednocześnie zostałam poinformowana, że z obowiązku odprowadzania składki, przebywając na emeryturze, jestem zwolniona wówczas, gdy nie pracuję w zawodzie.

……

Data, czytelny podpis

B. WYPEŁNIA PRACODAWCA

Oświadczam, iż z Panią/Panem……zatrudnioną/-nym od dnia ……

w ……

pełna nazwa zakładu pracy z pieczątka zakładu

z dniem……została rozwiązana umowa o pracę w związku z przejściem na emeryturę / rentę.

……..

(Pieczęć i podpis kierownika podmiotu)

WYPEŁNIA DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI

Zaświadcza się, że wnioskodawca regularnie odprowadza składkę członkowską na rzecz OIPiP w Radomiu

w wysokości 1% od płacy zasadniczej od dnia…….

…….

(Pieczęć i podpis księgowej)

D. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Wypełnia pielęgniarka/położna **indywidualnie** odprowadzająca składkę członkowską
Oświadczam, że składkę na rzecz ORPiP w Radomiu odprowadzam regularnie od dnia …….

…….
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

1.Oświadczam, że otrzymane świadczenie zobowiązuję **się wykazać w rocznym rozliczeniu podatkowym (PIT 11)**
2.Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do pracy Komisji Socjalnej ORPiP w Radomiu
3.Wyrażam zgodę na przekazanie przyznanej kwoty refundacji na moje konto osobiste

Bank ……
Nr konta

……
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

E. DECYZJA

Uchwałą nr ……..….z dnia …….ORPiP / Prezydium ORPiP akceptuje/ odrzuca wypłatę świadczenia.

……
SEKRETARZ ORPIP

…….
SKARBNIK ORPiP w Radomiu

…….
PRZEWODNICZĄCA ORPiP w Radomiu

…….
Sprawdzono pod względem rachunkowym

Radom dnia……..

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), informuję, że:

- Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą ul. Paderewskiego 15, 26-600 Radom.
- Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą ul. Paderewskiego 15, 26-600 Radom - email: orpip@orpip.radom.pl lub listownie na adres: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z siedzibą ul. Paderewskiego 15, 26-600 Radom;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039, ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. 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 2016 r. (RODO).
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do wykonania zadań ADO w związku z realizacją ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1038 oraz przez 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 2016 r. (RODO).
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.

Kwota……została przekazana na podane konto osobiste dnia……..

Podpis …….

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem ..... zaprzestałam/em*, zaprzestaję* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

na okres .....

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu przekazuję do moich akt osobowych do chwili złożenia stosownego oświadczenia w okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

....

(Miejscowość, Data) (Podpis)

* - niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy na skutek zaprzestania wykonywania zawodu okres przerwy w wykonywaniu przeze mnie zawodu będzie łącznie dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w przypadku, gdy będę miał/a zamiar podjąć wykonywanie zawodu, będę zobowiązany/a do odbycia przeszkolenia określonego przez ORPiP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)

ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F"

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

Dane o zatrudnieniu:

Stanowisko:		
Data zatrudnienia od:		
Data zatrudnienia do:		
Nazwa firmy pełna:		
NIP:	Regon:	
Typ zakładu pracy: ☐ Publiczny ☐ Niepubliczny ☐ Inny		
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):		
Adres zakładu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:
Numer telefonu	Fax	

Dane o zatrudnieniu:

Stanowisko:		
Data zatrudnienia od:		
Data zatrudnienia do:		
Nazwa firmy pełna:		
NIP:	Regon:	
Typ zakładu pracy: ☐ Publiczny ☐ Niepubliczny ☐ Inny		
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):		
Adres zakładu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:
Numer telefonu	Fax	

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „E"

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

Data uzyskania wpisu:	
Numer księgi:	

Dane o aktualnym zatrudnieniu:

Stanowisko:		
Data zatrudnienia od:		
Data zatrudnienia do:		
Nazwa firmy pełna:		
NIP:	Regon:	
Typ zakładu pracy: ☐ Publiczny ☐ Niepubliczny ☐ Inny		
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):		
Adres zakładu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:
Numer telefonu	Fax	

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

....

(Miejscowość, Data) (Podpis)

Pouczenie:
Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podjęcia pracy w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, będę zobowiązany/a poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)

* - niepotrzebne skreślić