

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZAPOMOZI SPECJALNEJ
(w sytuacji zakażenia się wirusem SARS CoV-2)
DLA CZŁONKÓW NOWOSĄDECKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I
POŁOŻNYCH W NOWYM SĄCZU**

1. Nazwisko i imię wnioskodawcy

2. Data urodzenia PESEL.....

3. Adres zamieszkania:

4. Numer rachunku bankowego:

[illegible]

5. Nr prawa wykonywania zawodu:

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

6. Nr telefonu: e-mail:

7. Miejsce pracy/ stanowisko

8. Staż pracy.....

9. Uzasadnienie wniosku:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Data i czytelny podpis

10. SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (właściwie zaznaczyć i podpisać):

☐ **składka płacona przez pracodawcę**

Oświadczam, że zakład pracy systematycznie opłaca składkę członkowską na rzecz NOIPiP w Nowym Sączu w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego do dnia złożenia wniosku

.....

(data podpis)

☐ **indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia**

Oświadczam, że systematycznie co miesiąc opłacam składkę członkowską na rzecz NOIPiP w Nowym Sączu do dnia złożenia wniosku w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego

.....

(data podpis)

☐ **indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej**

Oświadczam, że systematycznie opłacam składkę członkowską na rzecz NOIPiP w Nowym Sączu do dnia złożenia wniosku w wysokości **0,75%** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.

.....

(data podpis)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(data podpis)

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem przydzielania przez Nowosądecką Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu zapomogi specjalnej w sytuacji zakażenia się wirusem SARS CoV-2

Data i podpis wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA

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), Nowosądecka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest Nowosądecka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Nowym Sączu ul. Zygmuntowska 17/3, 33-300 Nowy Sącz.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Nowosądeckiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu email: iod.noipip@gmail.com
3. 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).
4. 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.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu.
6. 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.
7. 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).
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanego celu.

Data i podpis wnioskodawcy

Do wniosku załącza się:

1. dokument potwierdzający zachorowanie na COVID-19 w wyniku zarażenia SARS CoV-2 w okresie epidemii SARS CoV-2, w szczególności:
 - a. zaświadczenie lekarskie potwierdzające zachorowanie na COVID-19 w wyniku zarażenia SARS CoV-2 lub
 - b. dokument potwierdzający dodatni wynik zarażenia wirusem SARS CoV-2 oraz dokumentację medyczną potwierdzającą zachorowanie na COVID-19 lub
 - c. decyzję właściwego państwowego inspektora sanitarnego o skierowaniu na izolację, zawierającą w treści potwierdzenie dodatniego wyniku zarażenia wirusem SARS CoV-2 oraz dokumentację medyczną potwierdzającą zachorowanie na COVID-19.
2. Oświadczenie wnioskodawcy o zatrudnieniu lub formie wykonywania zawodu i regularnym opłacaniu składek na samorządu.

Nowy Sącz, wpłynęło dnia

DECYZJA

Nowy Sącz, dnia

Przyznano zapomogę w kwociezł

Słowniezł

Nie przyznano zapomogi z powodu :

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

Podpisy:

Przewodniczącej OR NOIPiP

Sekretarza OR NOIPiP

Skarbnika OR NOIPiP